



FORMULAIRE DE CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ
Panel multigène pour surdité non-syndromique

Les critères d'éligibilité de cette analyse sont décrits ci-dessous. Veuillez compléter et inclure toute information familiale pertinente sur la requête.

Si le patient ne répond pas au critères d'éligibilité mais que vous considérez néanmoins cette analyse pertinente, veuillez contacter le laboratoire (molecular.genetics@muhc.mcgill.ca).

***Des informations incomplètes peuvent entraîner un retard ou l'annulation d'une demande de test.**

Nom, Prénom:*

Date de naissance (AAAA-MM-JJ):* / /

Nom du père:

Nom de la mère:

Dossier patient # (MRN):*

RAMQ #:*

Pour les bébés, SVP fournir le # de RAMQ de la mère

Sexe:* ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Inconnu

Pour toutes les demandes soumises, nous recommandons de demander le test en trio. Veuillez également fournir une copie de l'audiogramme le plus récent du patient ainsi que tous les rapports d'imagerie pertinents, si disponible.

Spécialité du médecin prescripteur (l'analyse peut être prescrite par l'une des spécialités suivantes):*

☐ Génétique médicale ☐ Pédiatrie ☐ Otorhinolaryngologie

Indication du test (indications et critères minimum pour demander l'analyse):*

- ☐ Perte auditive neurosensorielle congénitale ou précoce
- ☐ Perte auditive neurosensorielle **ET** histoire familiale de perte auditive (fournir un pedigree détaillé sur la requête)
- ☐ Perte auditive neurosensorielle progressive ou tardive **ET** causes acquises exclues

Demande de test en:*

- ☐ Solo
- ☐ Duo – nom de l'apparenté : _____ date de naissance : _____ lien de parenté : _____
- ☐ Trio – nom de l'apparenté #1 : _____ date de naissance : _____ lien de parenté : _____
nom de l'apparenté #2 : _____ date de naissance : _____ lien de parenté : _____

Information clinique (fournir autant d'informations que possible):

- Âge d'apparition : ☐ Congénital ☐ Autre : _____
- Progressif : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
- Perte auditive :
 - Oreille droite : ☐ Aucune ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Modérée à sévère ☐ Sévère ☐ Profonde
 - Oreille gauche : ☐ Aucune ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Modérée à sévère ☐ Sévère ☐ Profonde
- Antécédents de syncope : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
- Symptômes vestibulaires : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
 - Âge d'apparition : _____
 - Décrire les symptômes : _____
- Symptômes oculaires : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
 - Âge d'apparition : _____
 - Décrire les symptômes (ex : cataractes, myopie) : _____
- Retard de développement moteur : ☐ Oui ☐ Non
- Autres antécédents cliniques ou notes d'examen physique pertinents :

- Historique de mort subite chez un ou plusieurs apparentés : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
- Apparenté(s) avec perte auditive : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
 - Âge d'apparition : ☐ Congénital ☐ Autre : _____
 - Lien de parenté avec proband : _____
 - Autres présentations cliniques pertinentes : _____