



\* F M U - 1 7 2 6 \*

DÉPARTEMENT DE GÉNÉTIQUE MÉDICALE  
QUESTIONNAIRE D'HISTOIRE MÉDICALE ET FAMILIALE  
PAGE 1 DE/OF 2

Department of Medical Genetics  
Medical and Family History Questionnaire

LES RÉPONSES DE CE QUESTIONNAIRE NOUS AIDERONT À ÉVALUER LA PROBABILITÉ D'UNE CONDITION HÉRÉDITAIRE POUR VOUS ET VOTRE FAMILLE. VEUILLEZ LE REMPLIR AU MEILLEUR DE VOS CONNAISSANCES. SI VOUS REMPLISSEZ CE QUESTIONNAIRE POUR UNE GROSSESSE (PRÉSENTE OU PLANIFIÉE), VEUILLEZ REMPLIR UNE AUTRE COPIE DE CE QUESTIONNAIRE POUR VOTRE CONJOINT(E).

The answers provided in this questionnaire will help us to evaluate the likelihood of a hereditary condition for you and your family. Please fill it in at the best of your knowledge. If you're filling in this questionnaire in the context of a pregnancy (current or planned), please fill in another copy of this questionnaire for your partner.

NOM (DE JEUNE FILLE) / Name (maiden name): \_\_\_\_\_

PRÉNOM / First Name: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ N° D'ASSURANCE MALADIE: \_\_\_\_\_  
Date of birth                      AYYY                      MM                      JD                      Medicare Number No.

MÉDECIN DE FAMILLE / Family physician : \_\_\_\_\_

MÉDECIN VOUS AYANT RÉFÉRÉ / Referring physician: \_\_\_\_\_

DÉCRIRE EN VOS TERMES LA CONDITION / LE PROBLÈME ACTUEL DU PATIENT (QUI MOTIVE CETTE CONSULTATION) / Please describe the patient's present condition / problem (i.e. reason for this appointment) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

QUELLES SONT VOS QUESTIONS/PRÉOCCUPATIONS PRINCIPALES? / What are your main questions/concerns?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS D'AUTRES PROBLÈMES MÉDICAUX? SI OUI, DÉCRIVEZ-LES / Do you have other medical concerns? If yes, please list:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS? SI OUI, DÉCRIVEZ-LES / Are you taking any medications? If yes, please list:

\_\_\_\_\_

ÊTES-VOUS ENCEINTE OU EST-CE QUE VOTRE CONJOINTE EST ENCEINTE? / Are you pregnant or is your partner pregnant?

OUI / Yes     NON / No    SI OUI, QUEL ÉTAIT LE PREMIER JOUR DES DERNIÈRES MENSTRUATIONS? / If yes, when was the first day of the last menstrual period? \_\_\_\_\_

COMBIEN D'ENFANTS BIOLOGIQUES, VIVANTS ET DÉCÉDÉS, AVEZ-VOUS? \_\_\_\_\_ FILS / sons    \_\_\_\_\_ FILLES / daughters  
How many biological children, living and deceased, do you have?

COMBIEN DE FRÈRES/SŒURS BIOLOGIQUES, VIVANTS ET DÉCÉDÉS, AVEZ-VOUS? / How many biological siblings, living and deceased, do you have? \_\_\_\_\_ FRÈRES / brothers    \_\_\_\_\_ SŒURS / sisters

L'UN DE VOS FRÈRES ET SŒURS A-T-IL UNE AUTRE MÈRE OU UN AUTRE PÈRE QUE LA/LE VÔTRE ?  OUI / Yes     NON / No  
Does anyone of your siblings have a different mother or father than you?

