

Les renseignements sur les tests sont disponibles sur notre site Web :  
www.PreventionGenetics.com

À L'USAGE EXCLUSIF  
DE PREVENTIONGENETICS

Tous les tests doivent être commandés par  
un professionnel de la santé qualifié  
CE FORMULAIRE DOIT ACCOMPAGNER  
TOUS LES ÉCHANTILLONS

PROJET SPÉCIAL - FORMULAIRE DE DEMANDE DE TEST  
**SP118 - SYNDROME DE CHYLOMICRONÉMIE FAMILIALE**  
PROGRAMME DE TEST PARRAINÉ

PERSONNE REMPLISSANT LE FORMULAIRE	COORDONNÉES MIDD (TÉLÉPHONE OU COURRIEL)	DATE DE LA DEMANDE _____/_____/_____ MOIS JOUR ANNÉE
---------------------------------------	--	--

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

NOM	PRÉNOM	2 <sup>e</sup> PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE _____/_____/_____ MOIS JOUR ANNÉE
ID DU PATIENT	DATE DE PRÉLÈVEMENT DE L'ÉCHANTILLON <small>Si aucune date de prélèvement n'est fournie, la date de réception sera utilisée.</small> _____/_____/_____ MOIS JOUR ANNÉE	SOURCE DE L'ÉCHANTILLON <input type="checkbox"/> Sang entier <input type="checkbox"/> Buccal <input type="checkbox"/> Salive	SEXÉ BIOLOGIQUE <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre _____
LE PATIENT A-T-IL ÉTÉ TESTÉ PRÉCÉDEMMENT CHEZ PreventionGenetics? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, Numéro d'ID de PG _____ TYPE _____	TRANSFUSION SANGUINE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Au cours des 30 derniers jours _____/_____/_____ MOIS JOUR ANNÉE	GREFFE DE MOELLE OSSEUSE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, date : _____/_____/_____ MOIS JOUR ANNÉE	ASCENDANCE GÉOGRAPHIQUE / ETHNICITÉ <input type="checkbox"/> Blanc/caucasien <input type="checkbox"/> Scandinave <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noir/Afro-Américain <input type="checkbox"/> Moyen-Orient <input type="checkbox"/> Amérindien/Premières Nations <input type="checkbox"/> Canadien français <input type="checkbox"/> Sud-Africain <input type="checkbox"/> Pays-Bas/Néerlandais <input type="checkbox"/> Indien <input type="checkbox"/> Autre : _____

**AUTRES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS.** Nous encourageons fortement l'inclusion d'une liste de vérification détaillée des notes cliniques/l'exhaustivité des données cliniques et des antécédents familiaux. La capacité à interpréter les variantes est directement liée à la qualité des renseignements cliniques fournis.

**CONSULTATION GÉNÉTIQUE**

**Cochez toutes les réponses qui s'appliquent :**

- Consulter GeneMatters pour une consultation génétique avant le test
- Consulter GeneMatters pour une consultation génétique après le test
  - Si les résultats sont négatifs, aucun renvoi à GeneMatters n'est requis.

GeneMatters communiquera avec le patient pour prendre rendez-vous. Veuillez fournir le numéro de téléphone et l'adresse courriel du patient.

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU PATIENT \_\_\_\_\_

ADRESSE DE COURRIEL DU PATIENT \_\_\_\_\_

**ADMISSIBILITÉ DU PATIENT (OBLIGATOIRE)**

- Hypertriglycéridémie réfractaire sévère** (le patient doit avoir au moins deux taux de triglycérides à jeun consécutifs  $\geq 750 \text{ mg/dL}$  ou  $8.4 \text{ mmoles/L}$  en l'absence de causes secondaires ou de troubles médicaux connus pour causer une HTG).

**CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES**

Derniers niveaux de HTG 1 – 3 :

\_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_

- Douleur abdominale récurrente inexplicable
- Pancréatite (aiguë/chronique)
- Lactescence du plasma ou viscosité accrue
- Insuffisance pancréatique exocrine ou endocrine

- Maladie cardiovasculaire prématurée
- Xanthomes cutanés éruptifs
- Hépatosplénomégalie
- Lipémie rétinienne
- Démence légère, dépression ou perte de mémoire
- Nécrose pancréatique
- Défaillance d'organes

Âge à l'apparition : \_\_\_\_\_ Âge du diagnostic : \_\_\_\_\_

**Antécédents familiaux**

**Cochez toutes les réponses qui s'appliquent**

- Aucun antécédent familial  Inconnu
- Mère  Père
- Frères/sœurs  Grands-parents
- Tantes/ondes  Autres

Les renseignements sur les tests sont disponibles sur notre site Web :  
[www.PreventionGenetics.com](http://www.PreventionGenetics.com)

À L'USAGE EXCLUSIF  
DE PREVENTIONGENETICS

## SÉLECTION DU TEST

CODE DU TEST	DESCRIPTION	RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES	INSTRUCTIONS PARTICULIÈRES
13025	Panel de chylomicronémie familiale	Liste des gènes : APOA5, APOC2, GPD1, GPIHBP1, LMF1, LPL	<b>SP118</b> <input type="checkbox"/> <b>ÉCHANTILLON PRÉLEVÉ DANS L'ÉTAT DE NEW YORK :</b> Si l'échantillon a été prélevé dans l'État de New York : <input type="checkbox"/> Le patient autorise PreventionGenetics à retenir l'ARN inutilisé pour des tests futurs potentiels demandés ou des tests de contrôle de la qualité. <input type="checkbox"/> Le patient n'autorise pas PreventionGenetics à retenir de l'ADN inutilisé. Tout ADN restant à la suite d'une série de tests sera détruit dans les 60 jours.

## CONSENTEMENT DU MÉDECIN REQUÉRANT

En signant ci-dessous, vous, le professionnel de la santé, reconnaissiez que vous avez obtenu le consentement éclairé du patient. Le patient autorise PreventionGenetics à anonymiser et à partager les données et les résultats des tests avec Akcea Therapeutics, pour promouvoir la recherche et améliorer le diagnostic et le traitement de maladies génétiques. Aucune donnée d'identification personnelle ne sera partagée.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

NOM EN LETTRES MOULÉES

DATE

## COORDONNÉES DU MÉDECIN REQUÉRANT ET ACHEMINEMENT DES RAPPORTS

**Notre méthode préférée de transmission des rapports est le téléchargement vers notre portail Web sécurisé, myPrevent.**

**Veuillez fournir une adresse de courriel, dans la mesure du possible. Si vous avez d'autres demandes de rapport particulières, indiquez-les CI-DESSOUS.**

## RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN REQUÉRANT

INSTITUTION

ADRESSE	VILLE	ÉTAT/PROVINCE	CODE POSTAL
MÉDECIN REQUÉRANT (Prénom, nom, diplôme)	CONSULTANT GÉNÉTIQUE REQUÉRANT OU FOURNISSEUR APPARENTÉ (Prénom, nom, diplôme)		
ADRESSE DE COURRIEL	ADRESSE DE COURRIEL		
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	NO DE NPI (REQUIS)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	NO DE NPI

SI VOUS DEMANDEZ QUE LES RAPPORTS SOIENT TRANSMIS D'UNE AUTRE FAÇON, PRÉCISEZ LES INSTRUCTIONS ICI.

## ACCÈS SUPPLÉMENTAIRES AUX

LISTES D'AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET À LEURS COURRIELS POUR LEUR PERMETTRE L'ACCÈS AUX RAPPORTS

## INSTITUTION DE FACTURATION

INSTITUTION DE FACTURATION Akcea Therapeutics	NO DE COMMANDE 575785	NUMÉRO DE PROJET SP118
--	--------------------------	---------------------------

## ÉCHANTILLON ET EXIGENCES D'EXPÉDITION

### BANQUE D'ADN

La banque d'ADN offre un prix réduit de 98 \$ aux patients si les tests cliniques sont également effectués chez PreventionGenetics. Visitez notre site Web à [www.PreventionGenetics.com/pgdnabank](http://www.PreventionGenetics.com/pgdnabank) pour plus de renseignements. Des questions à propos de PGDNABanking ? Contactez-nous au 715 387-0484, poste 151, ou par courriel : [dnabanking@preventiongenetics.com](mailto:dnabanking@preventiongenetics.com).

Étiquetez tous les récipients d'échantillon avec le nom, la date de naissance et le numéro ID du patient. Au moins deux identifiants doivent être indiqués sur les récipients d'échantillon. La livraison des échantillons est acceptée du lundi au samedi pour tous les types d'échantillons. Les horaires des jours fériés seront affichés sur notre site Web au moins une semaine avant les principaux jours fériés.

### PANEL DE GÉNOTYPAGE D'ADN

À des fins de contrôle de qualité, un panel de génotypage (MQ) d'ADN de Prevention Genetics est réalisé sur tous les échantillons cliniques. Les résultats du génotypage ne sont pas compris dans les rapports de tests.

### CONTACTEZ-NOUS

Pour toute autre question ou préoccupation, communiquez avec un représentant du service à la clientèle au 715 387-0484, poste 0, ou avec notre équipe de consultation génétique à l'option 2, ou par courriel : [support@preventiongenetics.com](mailto:support@preventiongenetics.com).

### ADRESSE POSTALE

PreventionGenetics - Diagnostic Lab  
3800 S. Business Park Avenue  
Marshfield, Wisconsin 54449 ÉTATS-UNIS

## RÉFÉRENCE SP118

3800 South Business Park Avenue, Marshfield, Wisconsin 54449 États-Unis • [www.PreventionGenetics.com](http://www.PreventionGenetics.com)

Téléphone : (715) 387-0484 • Téléc. général : (715) 384-3661 • Téléc. facturation : (715) 207-6602 • Courriel : [support@preventiongenetics.com](mailto:support@preventiongenetics.com)  
Directeur du laboratoire clinique : Jerry Machado, PhD, DABMGG, FCCMG • CLIA 52D2065132 • CAP 7185561 • NPI 11114140571 • AU ID 1407125 • ISO 15198:2012 #3950.01

PAGE > 2 DE 2

SP118

REV 20OCT23