

## QUESTIONNAIRE DE PREPARATION A LA CONSULTATION D'ONCOGENETIQUE

Madame, Monsieur, Vous nous avez sollicité pour une consultation en génétique. Afin de planifier et de préparer au mieux votre consultation, nous avons besoin d'informations et de documents au préalable. Nous vous prions de bien vouloir compléter les informations ci-dessous et de nous retourner les documents suivants :

- **Ce questionnaire dûment rempli**
- **Votre ordonnance (médecin spécialiste)**
- Les rapports médicaux et/ou hospitaliers vous concernant, incluant le rapport de pathologie de la tumeur et/ou les résultats des tests génétiques

Les rapports médicaux et/ou hospitaliers de vos apparentés concernés, incluant le rapport de pathologie de la tumeur et/ou les résultats des tests génétiques. À la réception de l'ensemble de ces documents, nous vous contacterons pour vous informer de la suite donnée à votre demande. Veuillez noter que l'absence de ces documents peut entraîner un retard dans le traitement de votre demande. Merci d'adresser vos documents par email à : [ncg-clingen@lns.etat.lu](mailto:ncg-clingen@lns.etat.lu)

Il est toujours préférable d'examiner une personne déjà atteinte en cas de cancers familiaux. Si possible, un membre de la famille concerné devrait être présent ou être consulté en premier. Si vous avez des questions ou des difficultés à remplir ce formulaire, nous sommes à votre disposition au numéro de téléphone (00352) 28 100 441 .

<b>COUVERTURE SANTE</b>  <input type="checkbox"/> CNS  <input type="checkbox"/> Autre: .....	Nom .....  Prénom .....  Date de naissance (jj/mm/aa) .....
<b>LANGUES PARLEES:</b>  <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Allemand  <input type="checkbox"/> Luxembourgeois <input type="checkbox"/> Anglais  <input type="checkbox"/> Autre: .....	Matricule .....  Adresse .....  Tel .....  Email .....

Êtes-vous actuellement en traitement pour un cancer ou prévoyez-vous de commencer un traitement bientôt ?

NON     Si OUI, veuillez préciser.....

Êtes-vous actuellement enceinte ?     NON     Si OUI, date de début de grossesse (jj/mm/aa): .....

Est-ce que vous ou un membre de votre famille avez déjà été reçu en consultation d'oncogénétique ?

NON     Si OUI, qui ?\* .....

Vous ou un membre de votre famille avez-vous subi un test génétique ?

NON     Si OUI, qui ? resultat ?\*: .....

\*Veuillez fournir les résultats/rapports.

### Vos antécédents médicaux

- ▶ Avez-vous (eu) un (des) cancer(s) ?  NON  OUI
- ▶ Avez-vous (eu) des polypes ?  NON  OUI
- ▶ Avez-vous (eu) des kystes ou autre tumeur bénigne?  NON  OUI

Si OUI, :

Date du diagnostic (mois/année)	Type de tumeur (sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate, ...)	Médecin(s)	Lieu(x) de prise en charge	Traitements + Date terminées, en cours et prévues (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, ...)

### Avez-vous déjà effectué ces examens ?

#### **Digestif**

- ▶ Coloscopie :  NON  OUI  
Fréquence : \_\_\_\_\_  
Dernière (date) : \_\_\_\_\_ Prochaine (date) \_\_\_\_\_
- ▶ Gastroskopie :  NON  OUI  
Fréquence : \_\_\_\_\_  
Dernière (date) : \_\_\_\_\_ Prochaine (date) \_\_\_\_\_
- ▶ Echographie abdominale :  NON  OUI  
Fréquence : \_\_\_\_\_  
Dernière (date) : \_\_\_\_\_ Prochaine (date) \_\_\_\_\_
- ▶ Lavement baryté :  NON  OUI  
Fréquence : \_\_\_\_\_  
Dernière (date) : \_\_\_\_\_ Prochaine (date) \_\_\_\_\_

#### **Gynécologique**

- ▶ Auto-examen des seins (soi-même) :  NON  OUI  
Fréquence : \_\_\_\_\_
- ▶ Examen clinique des seins (médecin) :  NON  OUI  
Fréquence : \_\_\_\_\_  
Dernière (date) : \_\_\_\_\_ Prochaine (date) \_\_\_\_\_
- ▶ Mammographie :  NON  OUI  
Fréquence : \_\_\_\_\_  
Dernière (date) : \_\_\_\_\_ Prochaine (date) \_\_\_\_\_
- ▶ Examen gynécologique :  NON  OUI  
Fréquence : \_\_\_\_\_  
Dernière (date) : \_\_\_\_\_ Prochaine (date) \_\_\_\_\_
- ▶ Echographie du « bas-ventre » :  NON  OUI
- Pelvienne : Fréquence : \_\_\_\_\_  
Dernière (date) : \_\_\_\_\_ Prochaine (date) \_\_\_\_\_
- Endovaginale : Fréquence : \_\_\_\_\_  
Dernière (date) : \_\_\_\_\_ Prochaine (date) \_\_\_\_\_

#### **Autres**

- ▶ Examen rectal :  NON  OUI  
Fréquence : \_\_\_\_\_  
Dernière (date) : \_\_\_\_\_  
Prochaine (date) : \_\_\_\_\_
- ▶ Densitométrie osseuse :  NON  OUI  
Fréquence : \_\_\_\_\_  
Dernière (date) : \_\_\_\_\_  
Prochaine (date) : \_\_\_\_\_
- ▶ Marqueurs tumoraux sanguin :  
- PSA :  NON  OUI  
- AUTRES :  NON  OUI

# VOTRE FAMILLE

## Vos enfants

nombre de filles.....& de garçons.....

	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Année de naissance	Sexe	Si décédé, année (à défaut, âge) et cause de décès	<u>A-t-il (elle) présenté un cancer, des kystes ou polypes?</u> <i>(sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate, ...)</i> <b>type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge</b>	<u>A-t-il (elle) eu des enfants ?</u> <i>Nom + prénom + date de naissance + date de décès éventuel (à défaut, âge) et cause du décès.</i> <b>Un de ses enfants a-t-il présenté un cancer, des kystes ou polypes? type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge</b>
1								- - -
2								- - -
3								- - -
4								- - -
5								- - -
6								- - -

**Si le nombre de lignes n'est pas suffisant après avoir renseigné un tableau, veuillez-vous rendre en dernière page pour ajouter les personnes manquantes.**

## Vos frères et sœurs

nombre de frères .....et de sœurs ..... (précisez si demi-frère ou demi-sœur, et du côté de quel parent)

	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Date de naissance	Sexe	Si décédé, date (à défaut, âge) et cause de décès	<u>A-t-il (elle) présenté un cancer, des kystes ou polypes?</u> (sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate,...) type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge	<u>A-t-il (elle) eu des enfants ?</u> Nom + prénom + date de naissance + date de décès éventuel (à défaut, âge) et cause du décès. <u>Un de ses enfants a-t-il présenté un cancer, des kystes ou polypes?</u> type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge
1								- - -
2								- - -
3								- - -
4								- - -
5								- - -

## Vos parents

	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Date de naissance	Si décédé, date (à défaut, âge) et cause de décès	<u>A-t-il (elle) présenté un cancer, des kystes ou polypes ?</u> (sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate,...) Type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge
Père						
Mère						

## Les frères et sœurs de vos parents

a / Nombre de frères ..... et sœurs ..... de votre père

(précisez si demi-frère ou demi-sœur, et du côté de quel parent)

	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Date de naissance	Sexe	Si décédé, date (à défaut, âge) et cause de décès	<u>A-t-il (elle) présenté un cancer, des kystes ou polypes?</u> (sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate,...) type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge	<u>A-t-il (elle) eu des enfants ?</u> Nom + prénom + date de naissance + date de décès éventuel (à défaut, âge) et cause du décès. <u>Un de ses enfants a-t-il présenté un cancer, des kystes ou polypes?</u> type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge
1								- - -
2								- - -
3								- - -
4								- - -
5								- - -

**b / Nombre de frères ..... et sœurs ..... de votre mère** (précisez si demi-frère ou demi-sœur, et du côté de quel parent)

	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Date de naissance	Sexe	Si décédé, date (à défaut, âge) et cause de décès	A-t-il (elle) présenté un cancer, des kystes ou polypes? (sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate, ...) type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge	A-t-il (elle) eu des enfants ? Nom + prénom + date de naissance + date de décès éventuel (à défaut, âge) et cause du décès. Un de ses enfants a-t-il présenté un cancer, des kystes ou polypes? type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge
1								- - -
2								- - -
3								- - -
4								- - -
5								- - -

**Vos grand-parents**

**a / Du côté de votre père**

	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Date et Lieu de naissance	Si décédé, date (à défaut, âge)	A-t-il (elle) présenté un cancer, des kystes ou polypes ? (sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate, ...) Type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge
Grand-père paternel						
Grand-mère paternelle						

**b / Du côté de votre mère**

	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Date et Lieu de naissance	Si décédé, date (à défaut, âge)	<u>A-t-il (elle) présenté un cancer ?</u> (sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate,...) <i>Type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge</i>
Grand-père maternel						
Grand-mère maternelle						

**Famille plus éloignée**

Avez-vous connaissance d'autres personnes de la famille ayant présenté un cancer, des kystes ou polypes ?  NON  OUI

Si OUI, indiquez pour chacun le lien de parenté, le type de cancer et l'âge au diagnostic :

---

---

---

---

---

---

---

---

**Informations complémentaires si nécessaire :**

---

---

---

---

---

---

---

---

**TABLEAU SUPPLEMENTAIRE : Vous pouvez ajouter ici les membres de votre famille que vous n’avez pas pu entrer dans les tableaux précédents par manque de place.**

A chaque ligne vous devrez préciser le membre de la famille par « enfants », « frères et sœurs », « frères et sœurs de votre mère », ou « frères et sœurs de votre père ».

Par ce document, je consens explicitement à ce que le service de génétique médicale du LNS, puisse accéder à toute information de mon dossier médical (ou de celui des personnes mineures, ou majeures placées sous tutelle, et dont j’ai la responsabilité légale) détenue par d’autres professionnels de santé ou structures de soin, au Luxembourg ou à l’étranger, dès lors que celle-ci se révèle pertinente pour ma prise en charge en Médecine Génétique. J’autorise l’accès à ces données en amont de la consultation de génétique si besoin en est. J’autorise également que puisse être demandé, préalablement à la consultation de génétique, un rapport auprès du médecin spécialiste m’adressant ou me suivant, si je n’en ai pas en ma possession au moment de cette demande.

Membre De la famille	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Date de naissance	Sexe	Si décédé, date (à défaut, âge) et cause de décès	<u>A-t-il (elle) présenté un cancer, des kystes ou polypes?</u>  (sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate,...)  type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge	<u>A-t-il (elle) eu des enfants ?</u>  Nom + prénom + date de naissance + date de décès éventuel (à défaut, âge) et cause du décès.  <u>Un de ses enfants a-t-il présenté un cancer, des kystes ou polypes?</u> type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge
								- - -
								- - -
								- - -
								- - -
								- - -

→ **Fait à :** \_\_\_\_\_ **le :** \_\_\_\_\_ **Signature du patient :** \_\_\_\_\_