QUESTIONNAIRE DE PREPARATION A LA CONSULTATION D'ONCOGENETIQUE

LABORATOIRE NATIONAL DE SANTE
NATIONAL CENTER OF GENETICS
Clinical Genetics Service

1, rue Louis Rech
L-3555 Dudelange
Tel. 28100 441
ncg-clingen@lns.etat.lu
Formulaire disponible sous www.lns.lu

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

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. 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.

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.

COUVERTURE SANTE ❑ CNS ❑ Autre: ……	Nom …… Prénom …… Date de naissance (jj/mm/aa) ……
LANGUES PARLEES: ❑ Français ❑ Allemand ❑ Luxembourgeois ❑ Anglais ❑ 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 en page 2

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.

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

[CLINGEN-AS1-02-FOR-02651] [FRA] (A) ; v1

Le LNS traite les données recueillies pour la réalisation d'analyses et la transmission des résultats. Pour en savoir plus et pour exercer vos droits, reportez-vous à la politique de protection des données personnelles du LNS: https://lns.lu/donnees-personnelles/

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) _____

▶ Gastroscopie : ❒ 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

[CLINGEN-AS1-02-FOR-02651] [FRA] (A) ; v1

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	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								- - -
6								- - -

Si le nombre de lignes n'est pas suffisant après avoir renseigné un tableau, veuillez-vous rendre en page 8 pour ajouter les personnes manquantes.

[CLINGEN-AS1-02-FOR-02651] [FRA] (A) ; v1

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	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 parents

	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Date de naissance	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*
Père						
Mère						

[CLINGEN-AS1-02-FOR-02651] [FRA] (A) ; v1

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	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								- - -

[CLINGEN-AS1-02-FOR-02651] [FRA] (A) ; v1

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						

[CLINGEN-AS1-02-FOR-02651] [FRA] (A) ; v1

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)	A-t-il (elle) présenté un cancer ? *(sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate,…)* *Type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge*
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 :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

[CLINGEN-AS1-02-FOR-02651] [FRA] (A) ; v1

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 ».

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	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*
								- - -
								- - -
								- - -
								- - -
								- - -
								- - -

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.

→ **Fait à : ……. le : ……. Signature du patient : …….**

Le LNS traite les données recueillies pour la réalisation d'analyses et la transmission des résultats. Pour en savoir plus et pour exercer vos droits, reportez-vous à la politique de protection des données personnelles du LNS: https://lns.lu/donnees-personnelles/

[CLINGEN-AS1-02-FOR-02651] [FRA] (A) ; v1