



HME HGM HRV
 MCH MGH RVH
 HNM ITM CL
 MNH MCI LC



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 AAYY 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?

