



Service de génétique médicale
Demande de consultation pour cancer héréditaire
du sein et de l'ovaire

Page 1 de/of 2

Department of Medical Genetics
Hereditary breast/ovarian cancer referral form

Date: _____
A A Y Y / M M / J J

Médecin requérant: _____
Referring physician (Nom en lettre moulées/Name in print) Signature N° Permis / License N°

Urgent? ☐ Oui / Yes ☐ Non / No Si oui, motif / Reason, if yes _____

IMPORTANT: Pour satisfaire aux critères d'admissibilité les personnes affectées doivent appartenir à la même branche familiale. Les parents proches sont les parents au premier, deuxième et troisième degré. "**Cancer du sein**" comprend tous les cancers invasifs et les CCIS. Le carcinome lobulaire in situ (CLIS) est exclu. "**Cancer de l'ovaire**" comprend tous les cancers invasifs épithéliaux non-mucineux et inclut les cancers primaires du péritoine ainsi que les cancers des trompes de Fallope; les tumeurs ovariennes de type borderline ou à faible potentiel de malignité sont exclues.

IMPORTANT: Fulfillment of referral criteria requires that affected relatives are on the same side of the family. Close relatives include all first, second and third-degree relatives. **Breast cancer refers to all invasive cancers and DCIS. LCIS is excluded. **Ovarian cancer** refers to all invasive non-mucinous epithelial cancer and includes peritoneal and Fallopian tube cancers. Borderline/low malignant potential ovarian tumours are excluded.**

► INDICATIONS POUR CONSEIL GÉNÉTIQUE / INDICATIONS FOR GENETIC COUNSELLING ◀

INDIVIDU AVEC : (VEUILLEZ JOINDRE LES RAPPORTS DE PATHOLOGIE APPROPRIÉS)
INDIVIDUAL WITH: (PLEASE PROVIDE RELEVANT PATHOLOGY REPORTS)

1. ☐ Cancer du sein diagnostiqué **avant l'âge de 35 ans**
Breast cancer diagnosed under age 35
2. ☐ Cancer du sein **triple négatif (ER-, PR-, HER2-)** diagnostiqué **avant l'âge de 50 ans**
Triple negative (ER-, PR-, HER2-) breast cancer diagnosed under age 50
3. ☐ Deux cancers primaires du sein, dont au moins un diagnostiqué avant l'âge de 50 ans
Two primary breast cancers, at least one diagnosed under age 50
4. ☐ Cancer de l'ovaire diagnostiqué **quel que soit l'âge**
Ovarian cancer diagnosed at any age
5. ☐ Cancer du sein **chez l'homme** diagnostiqué **avant l'âge de 60 ans**
Male breast cancer diagnosed under age 60
6. ☐ **Patient d'origine juive ashkénaze** avec cancer de l'ovaire diagnostiqué quel que soit l'âge **OU** cancer du sein diagnostiqué **avant l'âge de 65 ans**
Patient of Ashkenazi Jewish ancestry with ovarian cancer at any age OR breast cancer diagnosed under age 65

FAMILLE AVEC : _____ **(SI VOTRE PATIENT A UN CANCER, VEUILLEZ LE COMPTER DANS LA FAMILLE)**
FAMILY WITH: _____ **(IF YOUR PATIENT HAS CANCER, PLEASE INCLUDE THEM IN THE COUNT)**

7. ☐ **Mutation identifiée des gènes BRCA1 ou BRCA2** (veuillez inclure rapport du test d'ADN si disponible)
BRCA1 or BRCA2 gene mutation identified (please provide DNA test report if possible)
Veuillez citer le gène, si connu / If known, please specify gene _____
Relation avec le patient / Relationship to patient _____
☐ Rapport ci-joint / Report attached
8. ☐ Cancer du sein chez **3 parents proches** dont au moins un diagnostiqué **avant l'âge de 50 ans**
Breast cancer in 3 close relatives with at least one diagnosed under age 50
9. ☐ Cancer du sein chez **2 parents proches** diagnostiqué **avant l'âge de 50 ans**
Breast cancer in 2 close relatives under age 50
10. ☐ **1 parent au premier degré** ayant présenté À LA FOIS un cancer du sein et de l'ovaire quel que soit l'âge
1 first-degree relative with BOTH breast and ovarian cancer at any age
Relation avec le patient / Relationship to patient _____
11. ☐ Cancer du sein diagnostiqué **avant l'âge de 60 ans** ET un parent proche avec cancer de l'ovaire quel que soit l'âge
Breast cancer under age 60 AND close relative with ovarian cancer at any age
12. ☐ Cancer du sein **chez l'homme** ET un parent proche avec cancer du sein diagnostiqué avant l'âge de 60 ans ou cancer de l'ovaire quel que soit l'âge
Male breast cancer AND close relative with breast cancer diagnosed under age 60 or ovarian cancer at any age
13. ☐ **2 parents proches** avec cancer de l'ovaire diagnostiqué quel que soit l'âge
2 close relatives with ovarian cancer at any age
14. ☐ **Famille d'origine juive ashkénaze** avec histoire familiale de cancer de l'ovaire diagnostiqué quel que soit l'âge **OU** histoire familiale de cancer du sein diagnostiqué **avant l'âge de 65 ans**
Family of Ashkenazi Jewish ancestry with history of ovarian cancer at any age OR family history of breast cancer under age 65

Veuillez-vous assurer que votre demande de consultation satisfait aux critères d'admissibilité et comprend les documents requis.
LES DEMANDES INCOMPLÈTES OU ILLISIBLES SERONT RETOURNÉES NON-TRAITÉES.

Please ensure that this consultation request satisfies the hereditary cancer referral criteria and includes all the documentation requested.
INCOMPLETE / ILLEGIBLE FORMS WILL BE RETURNED.

Veuillez retourner le formulaire complété par la POSTE, par TÉLÉCOPIEUR (recto-verso) ou par COURRIEL à :
Please MAIL, FAX (both sides) or EMAIL completed Referral Form to:

Département de Génétique médicale
Department of Medical Genetics
A04.3140 1001 boul. Décarie Blvd
Montréal, QC H4A 3J1

Courriel / Email: adult.genetics@muhc.mcgill.ca

Télécopieur/Fax: 514-412-4296 Téléphone/Phone: 514-412-4400 poste / ext. 24427