

Pour faire une demande par courriel, veuillez envoyer le formulaire de demande d'analyse dûment rempli à l'adresse

[info@ambrygen.com](mailto:info@ambrygen.com)

**OU par télécopieur au +1 949 900-5501**

Code du partenaire: 120110

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (Le patient doit être âgé de 18 ans ou plus)					
Nom (nom, prénom, autre prénom)		Date de naissance (JJ/MM/AA)	Numéro de téléphone	Courriel	
Adresse	Ville	Province	Code postal	Sexe à la naissance <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Ethnicité : <input type="checkbox"/> Afro-Américain <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Caucasien <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Juif <input type="checkbox"/> Autre :

CONSULTATION GÉNÉTIQUE GRATUITE	
<p><b>Consultation génétique:</b> Ambry et Ionis Pharmaceuticals, Inc. se sont associés à un conseiller tiers pour offrir gratuitement des consultations génétiques à vos patients avant et/ou après le test. Une consultation génétique n'est pas requise pour le test. En cochant les cases ci-dessous, j'accepte de permettre à Ambry de faciliter l'accès à des services de consultation génétique avant et/ou après le test par un conseiller tiers. Si une consultation génétique est requise, veuillez fournir une copie des notes cliniques.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. Je demande une consultation génétique avant le test pour mon patient. <input type="checkbox"/> Oui. Je demande une consultation génétique après le test pour mon patient.</p> <p><b>TOUS les patients qui demandent une consultation génétique (pour un résultat négatif, un résultat positif ou un variant d'importance indéterminée) seront contactés par téléphone et/ou par courriel.</b></p>	

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉCHANTILLON*		
Type(s) <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Écouvillon buccal <input type="checkbox"/> Salive <input type="checkbox"/> Envoyer une trousse au patient** <input type="checkbox"/> Demande de phlébotomie*	<input type="checkbox"/> Antécédents personnels de greffe allogène de moelle osseuse ou de cellules souches périphériques (non admissible au test)	
Date de collecte	Identifiant de l'échantillon	Numéro de dossier médical

\*Le sang ou la salive ou l'écouvillon buccal des patients ayant des antécédents de greffe allogène de moelle osseuse ou de cellules souches ne peut pas être utilisé pour un test génétique. Le sang ou la salive ou l'écouvillon buccal des patients atteints d'une maladie hématologique active n'est pas recommandé. Un autre type d'échantillon pourrait être requis. Consultez [ambrygen.com/specimen-requirements](http://ambrygen.com/specimen-requirements) pour connaître les détails.

\*\* En cochant cette case et en soumettant le formulaire rempli, une trousse d'analyse sera envoyée au patient à l'adresse indiquée ci-dessus. Votre patient pourra envoyer un échantillon directement à Ambry pour qu'il soit testé.

\*Pour les patients des États-Unis seulement. En tant que médecin ou des patients, je n'ai connaissance d'aucun risque de complication ou de difficulté à prélever du sang ou des patients mentionnés. Je comprends que le phlébotomiste a toute autorité pour refuser de prélever un échantillon d'un patient si sa sécurité ou celle du ou des patients est en jeu.

MÉDECIN PRESCRIPTEUR/ÉTABLISSEMENT EXPÉDITEUR (chaque personne mentionnée dans la liste recevra une copie du rapport)					
Nom de l'établissement (code d'établissement)	Adresse	Ville	Province/Pays	Code postal	Téléphone
Nom du fournisseur de soins agréé prescripteur (nom, prénom) (code)	NIMC	Tél. (pour les résultats du TTR seulement)	Télec. (pour les résultats)	Courriel (pour les résultats)	

Destinataires supplémentaires des résultats	
Nom du conseiller génétique ou d'un autre prestataire de soins médicaux (nom, prénom) (code)	Téléphone/Télec./Courriel

## DEMANDE DE TEST

**Veuillez sélectionner un seul test. Tests offerts aux États-Unis, au Canada et à Porto Rico.**

**Si un parent consanguin reçoit un rapport de test génétique positif pour le TTR, une analyse spécifique du site est recommandée. Indiquez le nom et la date de naissance du parent.**

**Les éléments suivants sont requis lors de la demande d'une analyse de mutation connue pour une mutation constatée dans un laboratoire externe:**

- Rapport du membre de la famille touché (obligatoire)
- Témoin positif (recommandé)

Nom \_\_\_\_\_ DDN \_\_\_\_\_

Cocher pour commander	Nom du test	Code du test	Nbre de gènes	Liste des gènes
<input type="checkbox"/>	Amylose à transthyrétine	1560	1	TTR
<input type="checkbox"/>	NeuroPathySelect (comprend le TTR)	9570	81	TTR, AARS, AIFM1, APOA1, AT1L1, AT1L3, ATP7A, BICD2, BSCL2, CHCHD10, DCTN1, DNAJB2, DNM2, DNMT1, DST, DYNCH1, EGR2, FAM134B, FBXO38, FGD4, FIG4, FUS, GAN, GARS, GDAP1, GJB1, GNB4, GSN, HARS, HINT1, HSPB1, HSPB8, IGHMBP2, IKBKAP, INF2, KIF1A, LITAF, LMNA, LRSAM1, MARS, MFN2, MORC2, MPZ, MTR2, NDRG1, NEFH, NEFL, NGF, NTRK1, OPTN, PDK3, PLEKHG5, PMP22, PRDM12, PRPS1, PRX, RAB7A, REEP1, SBF2, SCN10A, SCN11A, SCN9A, SETX, SH3TC2, SIGMAR1, SLC25A46, SLC52A2, SLC52A3, SLC5A7, SPG11, SPTLC1, SPTLC2, TARDBP, TFG, TRPV4, UBA1, VAPB, VRK1, WNK1, YARS, VCP
<input type="checkbox"/>	CardioNext® (comprend le TTR)	8911	92	TTR, ABCC9, ACTC1, ACTN2, AKAP9, ALMS1, ALPK3, ANK2, ANKRD1, BAG3, CACNA1C, CACNA2D1, CACNB2, CALM1, CALM2, CALM3, CASQ2, CAV3, CRYAB, CSRP3, DES, DMD, DOLK, DSC2, DSG2, DSP, EMD, EYA4, FHL1, FKRP, FKTN, FLNC, GATAD1, GLA, GPD1L, HCN4, JPH2, JUP, KCND3, KCNE1, KCNE2, KCNE3, KCNH2, KCNJ2, KCNJ5, KCNJ8, KCNQ1, LAMA4, LAMP2, LDB3, LMNA, MYBPC3, MYH6, MYH7, MYL2, MYL3, MYO22, MYPN, NEXN, NKX2-5, PKP2, PLN, PRKAG2, PTPN11, RAF1, RBM20, RIT1, RYR2, SCN10A, SCN1B, SCN2B, SCN3B, SCN4B, SCN5A, SNTA1, SOS1, TAZ, TBX20, TBX5, TCAP, TCRL, TGFB3, TMEM43, TNNC1, TNNI3, TNNT2, TPM1, TRDN, TRPM4, TTN, TXNRD2, VCL
<input type="checkbox"/>	Analyse spécifique du site du TTR	1562		Nom et date de naissance du parent testé par Ambry Numéro de référence d'Ambry Variant à tester

Veuillez remplir la page 2 de 2

Code du partenaire : 120110

## Page 2 requise

**ADMISSIBILITÉ DU PATIENT :** Les patients doivent être âgés de 18 ans ou plus et avoir des antécédents familiaux d'amylose à transthyréine héréditaire (ATTRh) OU présenter au moins deux des symptômes apparents compatibles avec l'ATTRh avec une polynévrite OU une biopsie positive pour l'amylose

**LISTE DE VÉRIFICATION DES SYMPTÔMES (cocher toutes les affections qui s'appliquent)**

<p>Le patient possède-t-il des antécédents familiaux d'ATTRh?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Le patient ne sait pas</p> <p>Si un test génétique positif pour le TTR a été obtenu antérieurement dans la famille, veuillez indiquer le nom et la date de naissance du parent :                  Nom _____ DDN _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Troubles sensoriels :</b> Âge à l'apparition : _____  <input type="checkbox"/> engourdissement et picotements dans les pieds et/ou les mains  <input type="checkbox"/> sensibilité à la douleur et la température  <input type="checkbox"/> douleur dans les membres</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Troubles moteurs :</b> Âge à l'apparition : _____  <input type="checkbox"/> fatigue musculaire  <input type="checkbox"/> trouble de l'équilibre  <input type="checkbox"/> difficulté à marcher</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Troubles neurovégétatifs :</b> Âge à l'apparition : _____  <input type="checkbox"/> hypotension orthostatique  <input type="checkbox"/> satiété précoce  <input type="checkbox"/> nausées et vomissements  <input type="checkbox"/> changements dans la motilité gastro-intestinale  <input type="checkbox"/> dysfonction érectile  <input type="checkbox"/> dysfonction de la vessie</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Troubles gastro-intestinaux :</b> Âge à l'apparition : _____  <input type="checkbox"/> diarrhée ou constipation ne répondant pas au traitement standard  <input type="checkbox"/> alternance d'épisodes de diarrhée/constipation</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Maladie cardiaque :</b> Âge à l'apparition : _____  <input type="checkbox"/> essoufflement  <input type="checkbox"/> œdème  <input type="checkbox"/> fatigue  <input type="checkbox"/> palpitations  <input type="checkbox"/> arythmies</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Troubles rénaux :</b> Âge à l'apparition : _____  <input type="checkbox"/> protéinurie  <input type="checkbox"/> insuffisance rénale</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Syndrome du canal carpien bilatéral :</b> Âge à l'apparition : _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sténose du canal lombaire :</b> Âge à l'apparition : _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Perte de poids involontaire :</b> Âge à l'apparition : _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Absorption du radiotracer myocardique (<sup>99m</sup>Tc-PYP/DPD/HMDP) de la scintigraphie osseuse et absence d'une protéine monoclonale dans le sérum ou l'urine :</b> Âge à l'apparition : _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Biopsie positive pour l'amylose :</b> Âge à l'apparition : _____</p> <p>Environ combien de médecins le patient a-t-il consultés au sujet de cette affection? _____</p>
--	---

**CONFIRMATION DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET DE LA NÉCESSITÉ MÉDICALE D'UN TEST GÉNÉTIQUE**

La personne soussignée (ou son représentant) confirme qu'elle est un professionnel de la santé autorisé à prescrire un test génétique et confirme que le patient a donné son consentement éclairé pour le test génétique. Je confirme que le test est médicalement nécessaire et que les résultats du test pourraient avoir une incidence sur la prise en charge médicale du patient. Tous les renseignements fournis dans ce formulaire de demande d'analyse sont exacts autant que je sache. Dans le cadre du programme hATTR Compass, j'ai informé le patient qu'Ambry Genetics pourrait m'aviser, en tant que prestataire de soins médicaux prescripteur, des découvertes cliniques liées aux résultats du test génétique. J'ai également informé le patient que ses données anonymisées pourraient être utilisées et partagées avec des tiers, y compris Ionis Pharmaceuticals, Inc., à des fins de recherche et commerciales. Pour les demandes provenant du Canada, j'ai informé le patient que ses renseignements personnels et son échantillon seront transférés et traités aux États-Unis, et que les données anonymisées du patient pourraient être utilisées et partagées à des fins de recherche et commerciales aux États-Unis. Je m'engage à ne pas demander de remboursement pour ce test parrainé à un tiers, y compris, mais sans s'y limiter, aux programmes de soins de santé fédéraux américains. Je reconnais également que les coordonnées de l'organisation et du médecin fournies dans la demande pourraient être partagées avec des tiers, y compris Ionis Pharmaceuticals, Inc., et je consens par la présente à ce que ces tiers puissent me contacter directement en lien avec le programme hATTR Compass, les produits de Ionis Pharmaceuticals Inc. ou les études cliniques en cours ou possiblement parrainés par Ionis Pharmaceuticals, Inc. Je comprends que l'utilisation de ce test parrainé n'est pas destinée à être, ni ne doit être interprétée comme étant, une obligation ou incitation expresse ou implicite pour moi de recommander, d'acheter, de commander, de prescrire, de promouvoir, d'administrer ou de soutenir autrement tout produit ou service d'Ionis Pharmaceuticals Inc. ou tout autre produit ou service d'Ambry Genetics.

<i>Signature requise pour le traitement</i> Signature du prestataire de soins médicaux :	Date :
--	--------

Pour demander une trousse de prélèvement d'échantillons gratuite, visitez le site : [ambrygen.com/hattr-compass-kits](http://ambrygen.com/hattr-compass-kits)