



Service de génétique médicale
Demande de consultation pour polypose
Cancer colorectal héréditaire
Page 1 de / of 2
Department of Medical Genetics
Hereditary polyposis / colorectal cancer / Referral form

Date: _____
AAYY/MM/JD

Adresse courriel du patient / Patient email address _____

Médecin requérant: _____
Referring physician (Nom en lettres moulées/Name in print) Signature N° Permis / License No.

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

IMPORTANT: Pour satisfaire aux critères d'admissibilité les personnes atteintes doivent appartenir à la même branche familiale. Les parents proches sont les parents au premier, deuxième et troisième degré. Les cancers du spectre du syndrome de Lynch incluent les cancers du côlon, du rectum, de l'endomètre, des ovaires, de l'estomac, de l'intestin grêle, du pancréas, des voies biliaires et urinaires supérieures (uretère et bassin), les glioblastomes et les adénomes/carcinomes sébacés.

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. Lynch syndrome (LS)-related cancers include colorectal, endometrial, ovarian, gastric, small intestine, pancreatic, hepatobiliary, and upper urinary tract (renal pelvis and ureter) cancers, glioblastoma, and sebaceous adenoma/carcinoma.

INDICATIONS POUR CONSEIL GÉNÉTIQUE / INDICATIONS FOR GENETIC COUNSELLING

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

1. ☐ **Tumeur avec absence d'immunomarquage pour MLH1, MSH2, MSH6 ou PMS2.**
Un rapport d'étude immunohistochimique (IHC) est requis.
*Immunodeficient tumor (MLH1,MSH2,MSH6 or PMS2).
Immunohistochemistry (IHC) report must accompany the referral*
2. ☐ **Cancer colorectal diagnostiqué avant l'âge de 40 ans**
Colorectal cancer diagnosed under age 40
3. ☐ **Deux cancers colorectaux primaires (synchrones/metachronous) diagnostiqués avant l'âge de 70 ans**
Two primary colorectal cancers (metachronous or synchronous) diagnosed under age 70
4. ☐ **Cancer colorectal ET un autre cancer du spectre du syndrome de Lynch diagnostiqués avant l'âge de 70 ans**
Colorectal cancer AND another LS-related cancer diagnosed under age 70
5. ☐ **Diagnostic clinique de la polypose adénomateux familiale (PAF)**
Clinical diagnosis of Familial Adenomatous Polyposis (FAP)
6. ☐ **10 polypes adénomateux ou plus confirmés par le rapport de pathologie**
10 or more histologically confirmed adenomatous polyps

7. ☐ Diagnostic histologique de polypes non-adénomateux (hamartomes, adénomes festonnés) impliquent un diagnostic du syndrome de polyposse héréditaire (eg. Peutz-Jeghers, polyposse juvénile, polyposse festonnée)
Other histologically distinct polyps (hamartomatous, serrated) suggestive of a specific genetic syndrome (eg. Peutz-Jeghers, juvenile polyposis, serrated polyposis syndrome)

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)

8. ☐ Mutation familiale identifiée ou tumeur avec absence d'immunomarquage (expression anormale de MLH1, MSH2, MSH6 ou PMS2) chez un membre de la famille (veuillez inclure rapport du test d'ADN / IHC si disponible)
Confirmed familial mutation or immunodeficient tumor (abnormal expression of MLH1, MSH2, MSH6 or PMS2) in a family member (please provide DNA/ IHC test report if available)
Veuillez citer le gène, si connu / If known, please specify gene _____
Relation avec le patient / Relationship to patient _____
☐ Rapport ci-joint / Report attached
9. ☐ 1 parent au premier degré ayant présenté un cancer colorectal avant l'âge de 40 ans
1 first-degree relative with colorectal cancer under age 40
10. ☐ 1 parent proche avec deux cancer primaires du spectre du syndrome de Lynch dont au moins UN diagnostiqué avant l'âge de 50 ans
A single close relative with two primary LS-related cancers, with ONE diagnosed under age 50
11. ☐ 2 parents proches avec cancers du spectre du syndrome de Lynch dont au moins UN diagnostiqué avant l'âge de 50 ans
2 close relatives with LS-related cancers, at least ONE diagnosed under age 50
12. ☐ 3 parents proches ou plus avec cancer colorectal quel que soit l'âge
3 or more close relatives with colorectal cancer at any age

Veillez-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.

Veillez 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