Santé et Services sociaux Québec

Formulaire de demande de statut de porteur du gène de l'anémie falciforme
Programme québécois de dépistage néonatal sanguin

Pour connaître le statut de porteur du gène de l'anémie falciforme d'un enfant, remplissez toutes les rubriques du formulaire. Elles servent à identifier l'enfant. Assurez-vous également de fournir une adresse de retour. Les résultats vous seront communiqués par la poste dans les 60 jours suivant la réception de la demande.

1. Identification de l'enfant

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance de l'enfant : _____
Jour / Mois / Année

2. Lieu de naissance

Nom de l'établissement : _____ Ville : _____

3. Identification de la mère

Prénom : _____ Nom : _____

4. Identification du père

Prénom : _____ Nom : _____

5. Personne qui fait la demande

Prénom : _____ Nom : _____

Mère ☐ Père ☐ Enfant de 14 ans et plus ☐ Tuteur ☐ (fournir une preuve légale)

Médecin traitant ☐ Précisez le code de pratique : _____

6. Adresse de retour des résultats

Adresse postale où la lettre de résultat doit être transmise :

_____
N° Rue App. Ville Code postal

Précisez dans quelle langue vous désirez recevoir les résultats : en français ☐ en anglais ☐

7. Signature de la personne qui fait la demande : _____

Date de la demande : _____
Jour / Mois / Année

Retournez le formulaire dûment rempli, soit :

- par la poste :
  Programme québécois de dépistage néonatal sanguin
  CHU de Québec – Université Laval
  10, rue de l'Espinay, local A2-115
  Québec (Québec) G1L 3L5
- par télécopieur : 418 525-4595
- par courriel : depistage.neonatal@chudequebec.ca

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec les responsables au numéro de téléphone sans frais : 1 855 654-2103.

Effacer Imprimer Enregistrer

18-918-015W © Gouvernement du Québec, 2018