



## Formulaire de demande de résultats des porteurs de l'anémie falciforme

Veuillez remplir ce formulaire pour demander le résultat du dépistage néonatal d'un enfant porteur d'une hémoglobinopathie. Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

Pour des raisons de confidentialité et pour assurer la protection de l'enfant, ce formulaire **doit être rempli par le fournisseur de soins de santé de l'enfant ou** par la mère de l'enfant (la mère est le seul tuteur connu de DNO, car son nom nous est envoyé avec l'échantillon de dépistage néonatal). Si ces résultats sont demandés par un autre tuteur légal, veuillez envoyer à DNO le formulaire dûment rempli, accompagné d'une preuve de tutelle. **Les résultats seront communiqués au fournisseur de soins de santé mentionné ci-dessous.**

### Informations sur l'enfant

NOM : *	PRÉNOM : *	DDN: (AAAA/MM/JJ) *	<input type="checkbox"/> Féminin * <input type="checkbox"/> Masculin *
_____	_____	____/____/____	
ADRESSE : *	VILLE : *	CODE POSTAL : *	
_____	_____	_____	
TÉLÉPHONE : *	NUMÉRO RAMO / CARTE DE SANTÉ : *	HÔPITAL DE NAISSANCE : *	
_____	_____	_____	
L'enfant est-il issu d'un groupe à haut risque? **	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	** Tout le monde peut être porteur d'une hémoglobinopathie, mais celle-ci est plus fréquente chez les personnes originaires d'Afrique, de la Méditerranée, des Caraïbes, du Moyen-Orient, de l'Asie du Sud-Est, de la région du Pacifique occidental, de l'Amérique du Sud et de l'Amérique centrale.	

### Informations sur la mère

NOM : *	PRÉNOM : *	DDN (AAAA/MM/JJ) *
_____	_____	____/____/____
ADRESSE DE LA MÈRE À LA NAISSANCE DE L'ENFANT: <input type="checkbox"/> Même que celle ci-dessus	VILLE : *	NUMÉRO RAMO :
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Fournisseur de soins de santé de l'enfant L'enfant n'a pas de fournisseur de soins de santé

PRÉNOM : *	TÉLÉPHONE : *	TÉLÉC : *
_____	_____	_____
ADRESSE DU BUREAU : *	VILLE : *	CODE POSTAL : *
_____	_____	_____
No de l'OMCO/du Collège # :	C'est là que l'enfant reçoit ses soins de santé courants? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
_____		
Type de fournisseur: <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Infirmière praticienne <input type="checkbox"/> Autre _____		

**Dans quelle langue souhaitez-vous recevoir les résultats? \***  Français  Anglais

### \* Qui remplit ce formulaire? \*

- Je suis la mère de cet enfant et son tuteur légal  Autre (veuillez imprimer le formulaire rempli et l'envoyer accompagné d'une preuve de la tutelle)
- Je suis le fournisseur de soins de santé de cet enfant et le parent ou le tuteur a demandé ces informations

### Questions supplémentaires pour les parents (facultatif) :

Comment avez-vous appris que vous pouviez demander ces résultats? \_\_\_\_\_

Quelles langues parlez-vous à la maison? \_\_\_\_\_

### Veuillez retourner le formulaire rempli à DNO

Par POSTE : Dépistage néonatal Ontario  
415, chemin Smyth  
Ottawa, ON, K1H 8M8

### Des questions?

Appelez DNO au : 1-877-NBS-8330 (1-877-627-8330)  
(613) 738-3222  
Site Web : [www.newbornscreening.on.ca](http://www.newbornscreening.on.ca)

Par TÉLÉCOPIEUR: 613-738-0853

Courriel : [newbornscreening@cheo.on.ca](mailto:newbornscreening@cheo.on.ca)