

Nom _____ Date de naissance _____

 Prénom _____ Sexe ☐ F ☐ M

Rue, No. _____ Téléphone _____

NPA _____ Lieu _____

Nom de l'assurance _____ Numéro d'assuré _____

 Facture ☐ Caisse / Patient(e) ☐ prise en charge des frais par la patiente / le patient ☐ Expéditeur ☐ Autre: _____

Informations sur l'échantillon

Date du prélèvement: _____ . _____ . _____

☐ Sang (EDTA)

☐ ADN, extrait de: _____

☐ Autre type de matériel: _____

Informations concernant la patiente / le patient
☐ Receveur d'une greffe de moelle osseuse

☐ Autologue

☐ Allogénique

Autre: _____

Diagnostic / informations cliniques / anamnèse familiale
Déclaration sur la prise en charge des coûts de l'analyse

Je confirme avoir été informé(e) par la / le médecin au sujet de l'analyse biologique considérée, ainsi que de son coût. Je suis d'accord pour faire effectuer le (les) test(s) et d'en couvrir les coûts, si un accord préalable de paiement avec mon assurance maladie ne peut être établi.

☐ **Ne pas effectuer le test avant d'avoir reçu l'accord préalable de paiement de l'assurance maladie.**

Au-delà d'un délai de 6 mois sans demande d'analyse, les frais de préparation de l'échantillon inhérents à l'analyse seront facturés à la patiente / au patient (76.50 CHF).

Lieu, Date

Signature de la patiente / du patient

☐ Je confirme qu'un consentement écrit signé par la patiente / le patient est joint au formulaire de demande de l'analyse, conformément à la loi fédérale sur l'analyse génétique humaine (LAGH). **Sans ce consentement, aucune analyse ne sera débutée.**

Lieu, Date

Signature de la / du médecin

À compléter par le laboratoire Date: _____ Heure: _____ Signature: _____

Hématologie

Troubles de la coagulation (hémophilie)

- | | |
|---|------------|
| ☐ Hémophilie A
<i>F8</i> | 1-10 gènes |
| ☐ Hémophilie B
<i>F9</i> | 1-10 gènes |
| ☐ Déficit en facteur VII
<i>F7</i> | 1-10 gènes |
| ☐ Maladie de von Willebrand
<i>VWF</i> | 1-10 gènes |
| ☐ Troubles de la coagulation – panel complet | 1-10 gènes |

Maladies thromboembolique (thrombophilie)

- | | |
|---|------------|
| ☐ Facteur II et Facteur V | |
| ☐ Facteur II Prothrombin (F2:c.*97G>A ou G20210A) | |
| ☐ Facteur V Leiden (F5:c.1601G>A/p.(Arg534Gln) ou R506Q) | |
| ☐ F2 et F5 (séquençage complet) | 1-10 gènes |
| ☐ Déficit en protéine C
<i>PROC</i> | 1-10 gènes |
| ☐ Déficit en protéine S
<i>PROS1</i> | 1-10 gènes |
| ☐ Maladies thromboembolique – panel complet | 1-10 gènes |

Anémies

- | | |
|---|------------|
| ☐ Déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (Favisme)
<i>G6PD</i> | 1-10 gènes |
| ☐ Sphérocytose héréditaire | 1-10 gènes |

Hémoglobinopathies

- | | |
|---|--|
| ☐ Alpha-thalassémie | |
| ☐ <i>HBA1, HBA2</i> (délétion/duplication) | |
| ☐ <i>HBA1, HBA2</i> (séquençage) | |
| ☐ Beta-Thalassémie | |
| ☐ <i>HBB</i> (délétion/duplication) | |
| ☐ <i>HBB</i> (séquençage) | |
| ☐ Delta-Thalassémie
<i>HBD</i> (séquençage) | |
| ☐ Persistance héréditaire de l'hémoglobine fœtale
<i>HBG2, HBG1, HBB</i> (délétion/duplication) | |
| ☐ Variants de l'hémoglobine
<i>HBB</i> et/ou <i>HBA1, HBA2</i> (séquençage) | |

Panel personnalisé

Mutation familiale connue

Joindre la copie du résultat svp.

Nom du gène: _____

Description de la mutation: _____

Plus d'information sur labor.genetica.ch/analysen

Conformément aux conditions régulatrices préalables de la liste d'analyse, les analyses de **panel de plus de 10 gènes** ne peuvent être prescrites que par des médecins portant le titre fédéral de spécialiste (FMH) en génétique médicale. En cas de besoin, nos médecins spécialistes vous apportent volontiers leur soutien. **Plus d'informations et prise de contact par téléphone: 044 250 50 30.**