

6 Genetica Laboratoire de Génétique Médicale Consultations Génétiques		Genetica AG Bändliweg 30 CH-8048 Zürich Tel 044 250 50 30 labor@genetica.ch		Rhumatologie / Immunologie		
Expéditeur (y compris médecin demandeur de l'analyse)						
Nom			Date de naissance			
Prénom			Sexe ☐ F ☐ M			
Rue, No.		Téléphone		Copie du résultat à		
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: _____

Rhumatologie / Immunologie

- | | |
|---|--------------|
| ☐ Syndromes de fièvre périodique
(fièvre méditerranéenne familiale, FMF, incluse) | 1-10 gènes |
| ☐ Maladies auto-inflammatoires | 11-100 gènes |
| ☐ Angio-oedème héréditaire | 1-10 gènes |
| ☐ Immunodéficiences primaires | > 100 gènes |

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.**