

 Laboratoire de Génétique Médicale Consultations Génétiques		TPNI Genetica AG Bändliweg 30 CH-8048 Zürich Tel 044 250 50 30 labor@genetica.ch	Test prénatal non-invasif (TPNI) Expéditeur (y compris médecin demandeur de l'analyse)
Nom		Date de naissance	
Prénom		Sexe ☒ F ☐ M	
Rue, No.		Téléphone	
NPA	Lieu		
Nom de l'assurance		Numéro d'assuré	
Copie du résultat à la patiente ☐ poste ☐ e-mail: _____ + numéro de téléphone portable: _____ (uniquement pour résultat TPNI et uniquement en cas de résultat normal; sans communication du sexe foetale)			
Facture ☐ Caisse / Patiente ☐ prise en charge des frais par la patiente ☐ Expéditeur ☐ Autre: _____			

Analyses

Analyses à partir de 9+0 SA

☐ Dépistage des trisomies fréquentes (TPNIbasis)

T21, T18, T13

(Prise en charge par l'assurance maladie seulement en cas d'indication: CHF 480.60)

+ ☐ Dépistage des aneuploïdies des chromosomes sexuels *

ex. X0, XXX, XXY, XYY

(sans coût supplémentaire)

* Pas toujours réalisable en cas de grossesse gémellaire

+ ☐ Dépistage des trisomies, monosomies et des délétions/duplications (≥ 7Mb) de tous les autosomes (TPNIélargi)

(Non pris en charge par l'assurance maladie: CHF 250.00.

Ne peut pas être commandé séparément ultérieurement)

☐ Détermination du Rhésus-D foetale * (CHF 177.30)

* Pas toujours réalisable en cas de grossesse gémellaire

Rhésus-D de la patiente: ☐ Pos ☐ Neg

Prophylaxie Anti-D: ☐ Oui ☐ Non

Dépistage du statut de porteur sain chez la mère

(non pris en charge par l'assurance maladie)

☐ Mucoviscidose (CHF 499.50)

☐ Amyotrophie spinale (AMS) (CHF 481.50)

☐ Syndrome de l'X fragile (CHF 333.00)

☐ Dépistage complet (mucoviscidose, AMS, X-fragile) (CHF 981.00)

Anamnèse

☐ Risque élevé au dépistage du premier trimestre: T21: 1: _____ T13 / 18: 1: _____ ☐ Pas de dépistage du premier trimestre réalisé

☐ Désir maternel ☐ Anomalies échographique: _____ ☐ Autres: _____

Grossesse (merci de compléter cette section entièrement)

Date de la prise de sang: ____ . ____ . ____

SA au moment du prélèvement: _____

Taille de la patiente: _____ cm

Poids de la patiente: _____ kg

Grossesse gémellaire: ☐ Oui ☐ Non

Vanishing Twin: ☐ Oui ☐ Non

i 1 tube-Streck de sang (10 ml) est requis, ou 2 tubes-Streck de sang (10 ml chacun) si une détermination du rhésus D foetal est effectuée en même temps. NE PAS prélever de sang avec des aiguilles papillon! Garder l'échantillon à température ambiante ou au réfrigérateur avant de l'envoyer (PAS congeler ou réchauffer). En cas de stockage pendant la nuit et/ou à des températures supérieures à 25°C, nous recommandons de conserver l'échantillon au réfrigérateur.

Consentement

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, en l'absence de prise en charge par l'assurance maladie, d'en couvrir les coûts.

J'autorise l'utilisation de mes échantillons et résultats anonymisés à des fins de recherches: ☐ Oui ☐ Non

Lieu, Date

Signature de la patiente

Lieu, Date

Signature de la / du médecin

À compléter par le laboratoire

Date: ____ . ____ . ____

Heure: ____ : ____

Signature: _____