

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: _____

Néphrologie

Maladies kystiques rénales

- ☐ Polykystose rénale (*PKD1* et *PKD2* inclus) 1-10 gènes
- ☐ Maladies kystiques rénales – panel complet > 100 gènes

Maladies glomérulaires

- ☐ Syndrome d'Alport (hématurie) 1-10 gènes
- ☐ Glomérulosclérose segmentaire et focale et syndrome néphrotique 11-100 gènes

Tubulopathies

- ☐ Dysgénésie tubulaire rénale 1-10 gènes
- ☐ Tubulopathies rénales 11-100 gènes
- ☐ Néphrocalcinose et néphrolithiase (cystinurie, hyperoxalurie primaire, maladie de Dent) 11-100 gènes
- ☐ Hyperkaliémie (pseudohypoaldostérisme I et II) 1-10 gènes
- ☐ Hypokaliémie (syndrome de Gitelman et syndrome de Bartter inclus) 1-10 gènes
- ☐ Hypophosphatémie et rachitisme (syndrome de Fanconi rénal, rachitisme résistant à la vitamine D et rachitisme hypophosphatémique familial inclus) 11-100 gènes

Autres maladies rénales

- ☐ Syndrome hémolytique et urémique (SHU) atypique 1-10 gènes
- ☐ Malformations du rein et des voies urinaires (CAKUT) 11-100 gènes
- ☐ Insuffisance rénale inexpliquée de l'enfant > 100 gènes

Maladies multisystémiques avec atteinte rénale

- ☐ Maladie de Fabry 1-10 gènes
GLA
- ☐ Amyloidose
- ☐ liée à la transthyrétine (*TTR*) 1-10 gènes
 - ☐ Panel complet 1-10 gènes

Maladies tumorales

- ☐ Carcinome à cellules rénales 1-10 gènes
- ☐ Sclérose tubéreuse de Bourneville 1-10 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.**