

 Laboratoire de Génétique Médicale Consultations Génétiques		Genetica AG Bändliweg 30 CH-8048 Zürich Tel 044 250 50 30 labor@genetica.ch	Analyses de produit de fausse couche 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
Facture ☐ Caisse / Patient(e) ☐ prise en charge des frais par la patiente / le patient ☐ Expéditeur ☐ Autre: _____			

Informations sur l'échantillon



Veuillez suivre les instructions respectives pour la collecte et l'expédition du produit de fausse-couche. Tissu frais (non fixé). Veuillez ne pas envoyer un fœtus entier. Afin d'exclure une contamination maternelle, veuillez impérativement adresser un **prélèvement de sang sur EDTA de la mère**.

Date du prélèvement des:	☐ villosités choriales ☐ cordon ombilical ☐ peau	☐ Matériel (tissu): _____ ☐ Sang sur EDTA de la patiente ☐ Sexe fœtal (si connu): ☐ F ☐ M
--------------------------	---	--

Informations sur l'indication / anamnèse familiale

Analyses

- ☐ Extraction et conservation d'un échantillon d'ADN (non pris en charge par l'assurance-maladie, CHF 76.50)
☐ Caryotype moléculaire (résolution env. 1Mb), (pas de prise en charge par l'assurance-maladie, CHF 1620.00)
 Sans accord au préalable des assurances, un paiement anticipé sera exigé

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: _____
--------------------------------	-------------	--------------	------------------