

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: _____

Endocrinologie / Diabétologie

Diabète et troubles de la régulation glycémique

- ☐ MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) 1–10 gènes
- ☐ Diabète (résistance à l'insuline incluse) 11–100 gènes
- ☐ Hyperinsulinisme congénital 11–100 gènes

Hyperplasie congénitale des surrénales

- ☐ Déficit en 21-hydroxylase (forme la plus fréquent)
CYP21A2
- ☐ Autres formes (non liées à CYP21A2) 1–10 gènes
CYP11B1, CYP17A1, HSD3B2, STAR

Axe hypothalamo-hypophysaire

- ☐ Hypogonadisme hypogonadotrope (syndrome de Kallmann inclu) 11–100 gènes

Thyroïde et parathyroïdes

- ☐ Hypothyroïdie congénitale 11–100 gènes
- ☐ Hyperthyroïdie 1–10 gènes
- ☐ Hypoparathyroïdie 1–10 gènes
- ☐ Hyperparathyroïdie 1–10 gènes
- ☐ Hypophosphatémie et rachitisme 11–100 gènes

Gonades

- ☐ Insuffisance ovarienne prématurée, aménorrhée primaire 11–100 gènes
- ☐ Anomalies du développement sexuel 11–100 gènes

Autres

- ☐ Obésité 11–100 gènes
- ☐ Retard de croissance (inclut déficience en hormone de croissance) > 100 gènes
- ☐ Hémochromatose
- ☐ HFE (C282Y, H63D)
 - ☐ Panel complet 1–10 gènes
- ☐ Maladie corticosurrénalienne nodulaire pigmentée primaire (syndrome de Cushing congénital) 1–10 gènes

Neoplasies endocrinologiques

- ☐ Phéochromocytome-paragangliome
- ☐ Néoplasie endocrinienne multiple (NEM)
- ☐ Carcinome familial de la thyroïde

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.**