

2  Genetica AG Laboratoire de Génétique Médicale Consultations Génétiques		Genetica AG Bändliweg 30 CH-8048 Zürich Tel 044 250 50 30 labor@genetica.ch		Médecine de la reproduction désir d'enfants		
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)

☐ Sang (Héparine) HEP

☐ 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 (une analyse chromosomique: CHF 296.10, autres analyses CHF 76.50)

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

Troubles de la fertilité chez la femme

Désir d'enfant non satisfait, fausses couches à répétition, défaut d'implantation

- ☐ Caryotype HEP
- ☐ Analyse FISH (ex. syndrome de Turner en mosaïque) HEP
- ☐ Thrombophilie (F2, F5) pour fausses couches à répétition
- ☐ Panel de gènes: Troubles de la fertilité 11-100 gènes

Insuffisance ovarienne précoce

- ☐ Caryotype HEP
- ☐ Analyse FISH (ex. syndrome de Triple X en mosaïque) HEP
- ☐ Insuffisance ovarienne précoce liée à la prémutation de l'X fragile *FMR1* (répétitions)
- ☐ Panel de gènes: Insuffisance ovarienne précoce 11-100 gènes

Hyperplasie congénitale des surrénales (HCS)

- ☐ HCS par déficit en 21-hydroxylase (étiologie la plus fréquente) *CYP21A2*
- ☐ Panel de gènes HCS (sans *CYP21A2*) 1-10 gènes
CYP11B1, CYP17A1, HSD3B2, STAR

Hypogonadisme

- ☐ Caryotype HEP
- ☐ Panel de gènes: Hypogonadisme hypogonadotrope (inclut le syndrome de Kallmann) 11-100 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

Troubles de la fertilité chez l'homme

Désir d'enfant non satisfait, fausses couches à répétition chez la partenaire, défaut d'implantation

- ☐ Caryotype HEP
- Azoospermie / oligozoospermie**
- ☐ Caryotype HEP
- ☐ Analyse FISH (ex. syndrome de Klinefelter) HEP
- ☐ Azoospermie non-obstructive
Microdélétions du chromosome Y (AZFa, AZFb, AZFc)
- ☐ Azoospermie obstructive / Aplasie congénitale bilatérale des canaux déférents (ABCD)
 - ☐ *CFTR* (50 mutations fréquentes)
 - ☐ *CFTR* (Analyse complète) 1-10 gènes
- ☐ Panel de gènes: Troubles de la spermatogenèse 11-100 gènes

Hypogonadisme

- ☐ Caryotype HEP
- ☐ Panel de gènes: Hypogonadisme hypogonadotrope (inclut le syndrome de Kallmann) 11-100 gènes

Clarification du statut de porteur dans le cadre de planning familial

- ☐ Mucoviscidose
 - ☐ *CFTR* (50 mutations fréquentes)
 - ☐ *CFTR* (analyse complète) 1-10 gènes
- ☐ Amyotrophie spinale (SMA)
SMN1 (délétion)
- ☐ Syndrome de l'X fragile
FMR1 (répétitions)
- ☐ Hémoglobinopathie
- ☐ Dépistage de porteur > 500 gènes
Maladies récessives sévères

HEP Sang sur héparine obligatoire



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.**