

 Laboratoire de Génétique Médicale Consultations Génétiques		DPI Genetica AG Bändliweg 30 CH-8048 Zürich Tel 044 250 50 30 labor@genetica.ch	Diagnostic préimplantatoire Expéditeur (y compris médecin demandeur de l'analyse)
Nom		Date de naissance	Copie du résultat à
Prénom		Sexe ☒ F ☐ M	
Rue, No.	Téléphone		
NPA	Lieu		
Nom de l'assurance		Numéro d'assuré	
Facture ☒ Expéditeur			

Analyses

- ☐ **PGT-A** (dépistage préimplantatoire des anomalies de nombre des chromosomes / aneuploidies)
- ☐ **PGT-SR** (dépistage préimplantatoire des anomalies structurales chromosomiques déséquilibrées)
Important
 • Veuillez joindre les compte-rendus des parents (caryotype, FISH, CGH-Array)!
 • Uniquement disponible après conseil génétique!
- ☐ **PGT-M** (diagnostic préimplantatoire des maladies monogéniques)
Important
 • Uniquement disponible après conseil génétique!
- ☐ **PGT-QC** (Analyse complémentaire pour détecter des triploidies, des contaminations maternelles et vérifier la parenté des embryons.)

i Le statut de porteur hétérozygote sain dans le cas d'une maladie d'hérédité autosomique récessive et le sexe de l'embryon ne sont pas rapportés, à l'exception des cas de maladies héréditaires liées au sexe et d'aneuploidie des chromosome sexuels.

Renseignements cliniques / remarques / indication

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.

Lieu, Date	Signature de la patiente
Lieu, Date	Signature du conjoint
Lieu, Date	Signature de la / du médecin

À compléter par le laboratoire Date: Heure: Signature:



DPI

Nom*

Prénom*

Date de naissance*

* Ne remplir que lorsque le formulaire est imprimé sur deux feuilles indépendantes

Échantillon	ID de l'échantillon	Couleur du tube	Position dans le support	Numéro de l'embryon	Jour de la biopsie	Date	Heure	Nombre de cellules	Remarques (notez les volumes > 2.5 µl)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

Lieu / Date / Signature

Lieu, Date

Signature de l'embryologiste