

 Laboratoire de Génétique Médicale Consultations Génétiques		PRÉ Genetica AG Bändliweg 30 CH-8048 Zürich Tel 044 250 50 30 labor@genetica.ch		Analyses prénatales invasives	
Expéditeur (y compris médecin demandeur de l'analyse)		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: _____					

Renseignements sur l'échantillon à analyser

i **Merci de prendre contact au préalable avec le laboratoire. Merci de joindre impérativement un échantillon de sang de la patiente (EDTA) ainsi que le consentement écrit signé par la patiente et, si possible, son conjoint.**

Date du prélèvement des: _____ . _____ . _____ ☐ Villosités chorales ☐ Liquide amniotique ☐ Sang du cordon	Pour l'exclusion de la contamination maternelle et l'analyse de ségrégation si indiqué ☐ Sang sur EDTA de la mère ☐ Sang sur EDTA du père (Veuillez indiquer le nom et la date de naissance, s.v.p.) _____
--	---

Grossesse / paramètres échographiques

SG au moment du prélèvement: _____ + _____ Sexe du fœtus (si connu): ☐ W ☐ M LCC: _____ mm BIP: _____ mm	Grossesse gémellaire: ☐ Oui ☐ Non Vanishing Twin: ☐ Oui ☐ Non Don d'ovocytes: ☐ Oui ☐ Non Consanguinité: ☐ Oui ☐ Non
---	---

Indication

☐ CN > 95 Percentile / CN: _____ mm ☐ Anomalies échographique* ☐ Age maternel (>35 ans) ☐ Convenance maternelle	☐ Risque élevé au dépistage du premier trimestre: T21: 1: _____ T13/18: 1: _____ ☐ DPNI anormal—suspicion de* _____ ☐ Aberration chromosomique parentale ou mutation familiale* ☐ Anomalies lors d'une grossesse précédente*
* Informations cliniques (joindre les compte-rendus d'examen svp): _____ _____ _____ _____	

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

☐ 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: _____
--------------------------------	----------------------	------------------	------------------

	PRÉ Nom*	Prénom*	Date de naissance*

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

Analyses

☒ **Recherche d'anomalies du nombre de chromosomes ou d'anomalies structurales chromosomiques de grande taille (caryotype foetal)**
(réalisée systématiquement, rayer si non souhaité svp)¹

☐ **Alpha-foetoprotéine (AFP)**

☐ **Test rapide sur liquide amniotique**

(anomalies numériques des chromosomes 13/18/21/X/Y)

☐ **Puce à haute résolution**

(CGH-Array)²

☐ **Séquençage de l'exome en trio**

(uniquement après consultation de génétique)

¹ Analyse cytogénétique ou cytogénétique moléculaire à partir de villosités chorionales (culture courte des VC), de cellules mésenchymateuses (analyse après culture cellulaire des VC d'amniocytes non cultivés ou après culture du liquide amniotiques ou de cellules du sang de cordon.

² CGH-Array (résolution jusqu'à environ 100kb): un échantillon de sang des deux parents peut être nécessaire pour interpréter les résultats (5ml de sang sur EDTA pour chacun des conjoints).

Analyse ciblée en cas d'antécédent familial connu

Obligatoire

Compte-rendus relatifs à l'indication et échantillon de sang de la patiente (EDTA)

Souhaitable

Échantillons de sang du cas index (EDTA)

Gène: _____

Description de la mutation: _____

Infections intra-utérines

☐ **Cytomegalovirus**

☐ **Parvovirus**

☐ **Virus varicelle-zona**

☐ **Toxoplasma gondii**