

Nom		Date de naissance	
Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Rue, No.		Téléphone	
NPA	Lieu		
Nom de l'assurance		Numéro d'assuré	
Facture <input type="checkbox"/> Caisse / Patient(e) <input type="checkbox"/> prise en charge des frais par la patiente / le patient <input type="checkbox"/> Expéditeur <input type="checkbox"/> Autre: _____			

Copie du résultat à

### Informations sur l'échantillon



**Veillez 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:	<input type="checkbox"/> villosités choriales	<input type="checkbox"/> Matériel (tissu): _____
_____ . _____ . _____	<input type="checkbox"/> cordon ombilical	<input type="checkbox"/> Sang sur EDTA de la patiente
	<input type="checkbox"/> peau	<input type="checkbox"/> Sexe fœtal (si connu): <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_