

Nom		Date de naissance	
Prénom		Sexe <input checked="" 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

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:	<input type="checkbox"/> Villosités choriales	<input type="checkbox"/> Sang sur EDTA de la mère (Recherche de contamination maternelle et/ou analyse de ségrégation)
_____ . _____ . _____	<input type="checkbox"/> Liquide amniotique	<input type="checkbox"/> Sang sur EDTA du père (Analyse de ségrégation)
	<input type="checkbox"/> Sang du cordon	

Grossesse / paramètres échographiques

SG au moment du prélèvement: _____ + _____	Grossesse gémellaire:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sexe du fœtus (si connu): <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	Vanishing Twin:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
LCC: _____ mm	Don d'ovocytes:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
BIP: _____ mm	Consanguinité:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Indication

<input type="checkbox"/> CN > 95 Percentile / CN: _____ mm	<input type="checkbox"/> Risque élevé au dépistage du premier trimestre: T21: 1: _____ T13/18: 1: _____
<input type="checkbox"/> Anomalies échographiques *	<input type="checkbox"/> DPNI anormal – suspicion de* _____
<input type="checkbox"/> Age maternel (>35 ans)	<input type="checkbox"/> Aberration chromosomique parentale ou mutation familiale*
<input type="checkbox"/> Convenance maternelle	<input type="checkbox"/> 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: _____

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 mésoenchymateuses (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