

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: _____			

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

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

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

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.**