

4

GeneticaLaboratoire de Génétique Médicale
Consultations Génétiques

Genetica AG

Weinbergstrasse 9 | CH-8001 Zürich
Tél 044 250 50 30 | labor@genetica.ch**PNEUMOLOGIE**

Expéditeur (y compris médecin demandeur de l'analyse)

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)

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 (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: _____

Pneumologie

Maladies pulmonaires

- Mucoviscidose**
 - CFTR* (50 mutations fréquentes)
 - CFTR* (analyse complète) 1-10 gènes
- Déficit en alpha-1 antitrypsine**
 - SERPINA1* (Pi*S / Pi*Z)
 - SERPINA1* (analyse complète) 1-10 gènes
- Bronchectasie (non-CFTR)** 1-10 gènes
- Fibrose pulmonaire idiopathique** 11-100 gènes
- Déficit en surfactant** 1-10 gènes
- Pneumothorax familial** 1-10 gènes
- Hypertension artérielle pulmonaire (HAP)** 11-100 gènes
- Télangiectasie hémorragique héréditaire (THH, maladie de Rendu Osler)** 1-10 gènes
- Dyskinésie ciliaire primitive** 11-100 gènes

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



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.**