

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: _____

Dermatologie

Maladies de la peau

- | | |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Ichtyose congénitale | 11-100 gènes |
| <input type="checkbox"/> Épidermolyse bulleuse | 11-100 gènes |
| <input type="checkbox"/> Dysplasie ectodermique | 11-100 gènes |
| <input type="checkbox"/> Kératose palmoplantaire | 11-100 gènes |
| <input type="checkbox"/> Xeroderma pigmentosum | 1-10 gènes |

Troubles pigmentaires

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Albinisme oculaire / oculocutané | 11-100 gènes |
|---|--------------|

Maladies du tissu conjonctif

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Maladies du tissu conjonctif – panel complet (incluant le syndrome d'Ehlers-Danlos et le Cutis laxa) | 11-100 gènes |
|---|--------------|

Maladies tumorales

- | | |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Mélanome | 1-10 gènes |
| <input type="checkbox"/> Naevomatose et carcinome basocellulaire (Syndrome de Gorlin) | 1-10 gènes |
| <input type="checkbox"/> Neurofibromatose Type 1 | 1-10 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.**