

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)

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: _____

Anomalies du développement

Anomalies chromosomiques

- Caryotype HEP
- Analyse FISH (ex. Syndrome de Turner en Mosaïque) HEP
- Analyse chromosomique sur puce à ADN (CGH-Array)

Neuropédiatrie

- Syndrome de l'X fragile
FMR1 (répétitions)
- Troubles neurodéveloppementaux > 100 gènes
- Encéphalopathies épileptiques > 100 gènes
- Hypotonie néonatale
 - Dystrophie myotonique de type 1 (Maladie de Steinert)
DMPK (répétitions)
 - Amyotrophie spinale types 1 – 4 (SMA)
SMN1, SMN2 (délétion)
 - Syndrome de Prader-Willi D+M
 - Maladie de Pompe (GSD II)
GAA > 1–10 gènes
- Séquençage de l'exome (WES) > 100 gènes

Syndromes

- RASopathies (Syndrome de Noonan, CFC, Costello et DD) 11–100 gènes
- Syndromes de croissance excessive (syndrome de Sotos et DD inclus) 11–100 gènes
- Syndrome de Bardet-Biedl 11–100 gènes
- Ciliopathies > 100 gènes
- Microcéphalie primaire > 100 gènes
- Craniosynostose
 - Isolées (*FGFR1/2/3* et DD) 1–10 gènes
 - Panel complet > 100 gènes
- Fente labiale et / ou palatine > 100 gènes
- Syndrome de Prader-Willi (PWS) D+M
- Syndrome d'Angelman (AS) (sans mutations ponctuelles *UBE3A*) D+M
- Syndrome de Beckwith-Wiedemann (BWS) D+M
- Syndrome de Silver-Russell (SRS Type 1, Chr. 11p15) D+M
- Syndrome de Silver-Russell (SRS Type 2, UPD(7)mat) D+M

Petite taille

- Déficience de *SHOX*
 - SHOX* (délétion)
 - SHOX* (séquençage) > 1–10 gènes
- Achondroplasie, Hypochondroplasie, Dysplasie thanatophore
FGFR3 > 1–10 gènes
- Dysplasies osseuses > 100 gènes
- Retard de croissance > 100 gènes
- Obésité pédiatrique 11–100 gènes

Maladies du tissu conjonctif

- Maladies du tissu conjonctif – panel complet (syndrome de Marfan, de Loews-Dietz, d'Ehlers-Danlos et Ostéogénèse imparfaite types I, II, III, IV inclus) 11–100 gènes

Autre suspicion diagnostique

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**

D+M Analyse simultanée de la méthylation et du nombre de copies



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.**