

Nom		Date de naissance	Copie du résultat à
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:

## Hématologie

## Troubles de la coagulation (hémophilie)

- Hémophilie A** 1-10 gènes  
*F8*
- Hémophilie B** 1-10 gènes  
*F9*
- Déficit en facteur VII** 1-10 gènes  
*F7*
- Maladie de von Willebrand** 1-10 gènes  
*VWF*
- Troubles de la coagulation – panel complet** 1-10 gènes

## Maladies thromboembolique (thrombophilie)

- Facteur II et Facteur V**
  - Facteur II Prothrombin (F2:c.\*97G>A ou G20210A)  
Facteur V Leiden (F5:c.1601G>A/p.(Arg534Gln) ou R506Q)
  - F2 et F5 (séquençage complet) 1-10 gènes
- Déficit en protéine C** 1-10 gènes  
*PROC*
- Déficit en protéine S** 1-10 gènes  
*PROS1*
- Maladies thromboembolique – panel complet** 1-10 gènes

## Anémies

- Déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (Favisme)** 1-10 gènes  
*G6PD*
- Sphérocytose héréditaire** 1-10 gènes

## Hémoglobinopathies

- Alpha-thalassémie**
  - HBA1, HBA2* (délétion/duplication)
  - HBA1, HBA2* (séquençage)
- Beta-Thalassémie**
  - HBB* (délétion/duplication)
  - HBB* (séquençage)
- Delta-Thalassémie**  
*HBD* (séquençage)
- Persistance héréditaire de l'hémoglobine fœtale**  
*HBG2, HBG1, HBB* (délétion/duplication)
- Variants de l'hémoglobine**  
*HBB* et/ou *HBA1, HBA2* (séquençage)

## 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](http://labor.genetica.ch/analysen)



Conformément aux conditions réglementaires 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.**