



**Laboratoires de Cytogénétique Conventionnelle et moléculaire**

accrédité depuis 2003, anciennement STS0382



<https://www.hug.ch/feuilles-de-demande>

Chef du Service de Médecine Génétique : Prof. Marc ABRAMOWICZ  
Biologiste Responsable : Dre sc. S. GIMELLI, FAMH Génétique Médicale  
[stefania.gimelli@hug.ch](mailto:stefania.gimelli@hug.ch) (079 55) 39 728  
Labo direct: Tél./Fax: (022 37) 21 858 / (022 37) 21 860 / 079 553 79 99  
Centre d'accueil des prélèvements (CAP): Tél (022 37) 21 800

M.  Mme  (SVP: en caractères d'imprimerie)

Nom:.....

Nom de jeune fille :.....Sexe : F M

Prénom :.....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Représentant légal si patient mineur : père mère  
Nom/prénom : .....

Rue/N°:.....

No postal, Localité:.....

Unité d'hospitalisation : ..... Médecin : .....

N° EdS : .....

**Adresse pour facturation:**

Patient Demandeur Assurance

**Nature du cas :**

Maladie AI Accident Maternité

Assurance : .....

N° Assuré : .....

**Prescripteur** (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax) :

**Médecins en copie** (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax) *Le laboratoire demandeur/prescripteur a obtenu l'accord du prescripteur/patient pour transmettre des copies à d'autres médecins que le médecin prescripteur :*

Opposition du patient à l'enregistrement des résultats de cette demande dans le dossier patient informatique (DPI) des HUG

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES fournis par le prescripteur**

Prénatal

Geste : .....

Age gestationnel (semaines + jours) ..... Pare : .....

- Grossesse gémellaire monochorionique
- Grossesse gémellaire bichorionique
- Dépistage à risque 1<sup>er</sup> TT : .....
- Dépistage à risque 2<sup>e</sup> TT : .....
- Dépistage prénatal non-invasif (DPNI) : .....
- Age maternel > 35 ans
- Inquiétude parentale
- Antécédent d'aneuploïdie : .....
- Anomalie chromosomique familiale : .....
- Malformations fœtales à l'échographie :
  - Clarté nucale augmentée : .....
  - Hygroma colli
  - Autres malformations fœtales à l'échographie (à décrire)  
.....  
.....
- Retard croissance intra-utérin
- Autres (à préciser) .....

Postnatal

- Infertilité
- Bilan de Procréation Médicalement Assistée (PMA)
- Fausses couches à répétition
- Suspicion d'anomalie chromosomique Trisomie T21
- Suspicion d'anomalie chromosomes sexuelles
- Suspicion d'anomalie chromosomique autre (à préciser) :  
.....  
.....
- Petite taille/Retard croissance : .....
- Autre indication (description clinique indispensable)  
.....  
.....  
.....  
.....

**PRÉLÈVEMENT DATE ...../...../...**

- Villosités choriales **Récip.**
- Liquide amniotique **Récip.**
- Tissus fœtaux : **Récip.**.....
  - Cordon  Peau fœtale
  - Placenta  Produit de curetage
- Sang de cordon
  - EDTA (array-CGH et QF-PCR) **E3**
  - Hépariné (Caryotype) **H2**
- Sang veineux
  - EDTA (array-CGH et QF-PCR) **E3**
  - Hépariné (Caryotype) **H2**
- Tissus **Récip.**
  - Biopsie de peau  Salive
  - Tissus fixés  Tissus maternels
- ADN
- Autre (préciser) : .....

## ANALYSE(S) :

Aneuploïdies par QF-PCR 13/18/21/X/Y **Récep. / E3**

**Pour les analyses prénatales, prélever 3 ml de sang EDTA de la mère.** Remplir une demande distincte

Caryotype constitutionnel (+ culture) **Récep. / H2**

CGH-microarray **Récep. / E3**

**+ prélever 3 ml de sang EDTA de la mère et du père.** Remplir des demandes distinctes.

FISH (Hybridation *in situ* en fluorescence) **Récep. / H2**

Extraction ADN et mise en banque en vue d'analyse ultérieure **Récep. / E3**

Autres: .....

Dosage des AFP

(Sous-traitance au Laboratoire Routine et Qualité, HUG)

**Récep.** = Réceptif fourni par le laboratoire

**E3** = Sang EDTA → Hémogard mauve 3 ml (nouveau-né 0.5 ml ; 3 ml enfant adulte)

**H2** = Sang hépariné → Hémogard vert 2 ml (nouveau-né 0.5 ml ; 2 ml enfant adulte)

### CONSENTEMENT ECLAIRE

J'atteste que la personne concernée (patient, représentant légal) a bien reçu un conseil génétique conformément à la loi fédérale suisse sur l'analyse génétique humaine (LAGH), concernant les différents aspects des analyses génétiques décrits dans le formulaire « Information au patient » et qu'elle a donné son consentement (**par écrit pour les analyses prénatales, présymptomatiques ou visant à établir un planning familial**) et qu'elle a disposé de suffisamment de temps pour poser des questions et prendre sa décision.

Date et signature du **prescripteur obligatoire\*** :

### Décision du patient relative à la conservation et utilisation de l'excédent de(s) échantillon(s) et des données d'analyse génétique \* = obligatoire

• Le patient est d'accord que ses échantillons et données analytiques soient conservés pour une (des) éventuelle(s) analyse(s) ultérieures avec son consentement. Cocher la case « NON » implique que ses échantillons seront détruits après analyse \* :

OUI  NON

• Le patient est d'accord avec la conservation et l'utilisation anonyme de ses échantillons et données analytiques à des fins d'amélioration de la qualité des analyses génétiques \* :

OUI  NON

### Utilisation de l'échantillon du patient et de ses données analytiques pour la recherche

• En principe, le patient est d'accord que son échantillon et ses données analytiques soient conservés et utilisés pour la recherche

OUI  NON

A ce stade, **sa réponse n'implique aucun engagement de sa part.**

### Pour Array-CGH uniquement

### Décision du/de la patient/e relative à la transmission d'éventuels résultats supplémentaires *non prévus* dans l'analyse génétique moléculaire. \*obligatoire

Il/elle désire être informé/e d'une éventuelle modification génétique lorsqu'elle appartient à la catégorie suivante :

• Prédilection à une maladie dont les symptômes peuvent être traités, et dont l'apparition et l'évolution peuvent être surveillées et/ou influencées médicalement \* :

OUI  NON

Personne incapable de discernement :  OUI  NON

### Ne concerne pas les personnes incapables de discernement:

• Prédilection à une maladie pour laquelle il n'existe actuellement pas de traitement \* :

OUI  NON

• Etat de porteur (sain) pour une maladie récessive pouvant survenir dans la descendance ou chez des apparentés \* :

OUI  NON

Autre : \_\_\_\_\_

Informations complémentaires utiles, autre analyse spécifique, ordre souhaité (pour une combinaison d'analyses)... merci de préciser ici !

Réservé au Laboratoire- Merci de ne rien inscrire