



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^{er} TT :
- Dépistage à risque 2^e 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:

Récep. = Récipient 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 :

- Prédisposition 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:

- Prédisposition 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