



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève



**DIAGNOSTIQUE / Service de Médecine Génétique**  
Centre d'accueil des prélèvements (CAP)  
Bâtiment des Laboratoires (BATLab), local 8D-0-850.1  
4 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14

**Laboratoires de Cytogénétique Conventiionnelle et moléculaire**

accrédité depuis 2003, anciennement STS0382

**CYTOMOL-DPNI**

<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 Tél/Fax (022 37) 21 859/ (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 :.....

Prénom :..... Sexe : F M

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

N° AVS (AI obligatoire) : .....

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

**DONNEES CONCERNANT LA PATIENTE ET LA GROSSESSE EN COURS**

Date des dernières règles : ...../...../.....

Age gestationnel (en semaines d'aménorrhée et jours) : .....

Nombre de fœtus : .....

Taille de la patiente en cm : .....

Poids de la patiente en kg : .....

Nombre de grossesses précédentes : .....

Pare : .....

**PRÉLÈVEMENT – DATE** : ...../...../..... **2 Tubes Cell-Free DNA BCT (minimum 10 ml)** (ne pas centrifuger et conserver à température ambiante jusqu'au transport)

**MOTIF de l'EXAMEN**

**Test du 1<sup>er</sup> trimestre à risque**  $\geq$  1/1000 remboursé par caisse assurance maladie selon réglementation de l'OFSP  
valeur du test du 1er trimestre: .....

**Autres**

Test à la charge de la patiente- coût 510 CHF selon la liste des analyses OFSP (<http://www.bag.admin.ch/>)

Test du 1<sup>er</sup> trimestre  $\leq$  1/1000 (valeur du test .....

Age maternel

FIV/ICSI

Antécédent de grossesse avec trisomie 13, 18, 21

Parent porteur d'une translocation impliquant les chromosomes 13,18, 21 (joindre copie du résultat)

Souhait du couple

Autre (toute explication) : .....

## ANALYSE(S) v-natal®. DEPISTAGE PRENATAL NON INVASIF (stt)

- Dépistage prénatal non invasif uniquement des trisomies 13, 18, 21 (TM)
- Dépistage prénatal non invasif uniquement des trisomies 13, 18, 21 et des chromosomes sexuels (TM)
- Sexe foetal souhaité (dès la 13 SA)

**Les découvertes fortuites qui pourraient être identifiées par ce test seront discutées avec le médecin prescripteur**

TM= Tube fourni par le Laboratoire

### CONSENTEMENT ECLAIRE

J'atteste que la personne concernée (patient, représentant légal) a bien reçu un conseil génétique conformément à la loi 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) échantillons(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. A ce stade, **sa réponse n'implique aucun engagement de sa part.**  OUI  NON

**Signature de la patiente :**

Lieu et Date .....

Signature.....

### Informations complémentaires éventuelles

**Réservé au Laboratoire- Merci de ne rien inscrire**

(stt) Analyse sous-traitée