



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 Conventiennelle 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 (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 :

Jumeau évanescent : oui non

Taille de la patiente en cm :

Poids de la patiente en kg :

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

MOTIF de l'EXAMEN

Test du 1^{er} trimestre à risque $\geq 1/1000$

Test DPNI remboursé par caisse assurance maladie selon réglementation de l'OFSP

(Option « pertes/gains > 7Mb et trisomies autosomiques rares » à la charge de la patiente - coût 200 CHF)

Valeur du test du 1er trimestre:

Autres :

Test DPNI à la charge de la patiente- coût 459 CHF selon la liste des analyses OFSP (<http://www.bag.admin.ch/>)

(Option « pertes/gains > 7Mb et trisomies autosomiques rares » à la charge de la patiente - coût 200 CHF)

Test du 1^{er} trimestre < 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) DEPISTAGE PRENATAL NON INVASIF (Analyse sous-traitée)

Sexe fœtal (dès la 13 SA) : souhaité non souhaité

- Dépistage prénatal non invasif des trisomies 13, 18, 21
- Dépistage prénatal non invasif des trisomies 13, 18, 21 et des anomalies numériques des chromosomes sexuels
- Option : pertes/gains > 7Mb et autres trisomies autosomiques rares
A la charge de la patiente quelle que soit l'indication médicale – coût 200 CHF

Les découvertes fortuites qui pourraient être identifiées par ce test seront discutées avec le médecin prescripteur lors du conseil génétique.

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