



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 Constitutionnelle

CYTOMOL-DPNI

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

Chef du Service de Médecine Génétique : Prof. Marc ABRAMOWICZ
Biologiste Responsable : Dre sc. F. SLOAN-BENA, FAMH Génétique Médicale
frederique.bena@hcuge.ch (079 55) 34 172
Labo Tél/Fax (022 37) 21 859/ (022 37) 21 860
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^{er} 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 850 CHF selon la liste des analyses OFSP (<http://www.baq.admin.ch/>)

Test du 1^{er} 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) GENATEST®

- Dépistage prénatal non invasif des trisomies 13, 18, 21 (TM)
- Dépistage prénatal non invasif 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 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