



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 Conventionnelle et moléculaire

**CYTOGEN
CYTOMOL**

<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 direct: Tél./Fax: (022 37) 21 858 / (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 : 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 :

Date des dernières règles (DR).....

Selon ultrasons (US): (SA)

Dépistage à risque:
1^{er} TT 2^{ème} TT

Dépistage prénatal non-invasif (DPNI) :.....

Antécédent d'aneuploïdie

Anomalie chromosomique familiale :

Malformations fœtales à l'échographie

Clarté nucale augmentée/hygroma colli.....

Malformation(s) (précisez).....

Retard croissance intra-utérin

Age maternel > 35 ans

Inquiétude parentale

Autres.....

Postnatal

Infertilité

Bilan de Procréation Médicalement Assistée (PMA)

Fausses couches à répétition

Suspicion d'anomalie chromosomique :

Trisomie 21 chromosomes sexuels :

Autre.....

Retard du développement/Retard mental

Troubles du comportement/Autisme

Epilepsie

Petite taille/Retard croissance :

Autre(s) :

PRÉLÈVEMENT DATE/...../.....

Villosités chorales **Tm**

Pour exclure la contamination maternelle du prélèvement, prélever 5ml de sang EDTA de la mère. Remplir une demande distincte.

Liquide amniotique **B**

Pour exclure la contamination maternelle du prélèvement, prélever 5ml de sang EDTA de la mère. Remplir une demande distincte.

Sang fœtal

Tissus fœtal : **Tm ou NaCl 0,9 %**

Peau fœtale

Cordon

Produit de curetage

Pour exclure la contamination maternelle du prélèvement, prélever 5ml de sang EDTA de la mère. Remplir une demande distincte.

Placenta **Tm ou NaCl 0,9 %**

Sang veineux

EDTA (array-CGH et QF-PCR) **E5**

Hépariné (Caryotype) **H5**

Peau **Tm ou NaCl 0,9 %**

Frottis Buccal **E**

ADN

Autres:.....

ANALYSE(S) :

LABORATOIRE DE CYTOGENETIQUE CONVENTIONNELLE : (Cytogen)

- Caryotype (+ culture). **H5**
- FISH (Hybridation *in situ* en fluorescence. **H5**
 - Interphasique chromosome :
 - Métaphasique locus :
 - Multi-FISH télomères :
- QF-PCR (Diagnostic rapide des aneuploïdies 13/18/21/X/Y. **E5**
- Lignée lymphoblastoïde. **(3 X E5)**
- Dosage des AFP (Sous-traitance au Laboratoire Routine et Qualité, HUG)
- Autres:

LABORATOIRE DE CYTOGENETIQUE MOLECULAIRE : (Cytomol)

- Array-CGH (microarray). **E5**
Si situation prénatale, sang des parents recommandé. Remplir une demande distincte.
- qPCR (PCR quantitative) vérification de variant du nombre de copies du génome. **E5**
Région ciblée ou Nom de l'apparenté :
- Extraction ADN et mise en banque en vue d'analyse ultérieure pour QF-PCR. **E5**
- Extraction ADN et mise en banque en vue d'analyse ultérieure pour array-CGH. **E5**

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 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 : _____

H5 = Sang hépariné → hémogard vert 5 ml (nouveau né 0.5 ml- 5 ml enfant adulte)
E5 = Sang EDTA → Hémogard mauve 5ml (nouveau né 0.5 ml-5 ml enfant adulte)
Tm = Tube + milieu de transport fourni par le Laboratoire
B = Boîte stérile fournie par le Laboratoire
E = Ecouvillon pour frottis buccal fourni par le Laboratoire

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