



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



<https://www.hug.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](mailto: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 : ..... Pare : .....
- Age gestationnel (semaines + jours) .....  
Date des dernières règles (DR).....  
Selon ultrasons (US): ..... (SA)
- Dépistage à risque: .....  
1<sup>er</sup> TT  2<sup>eme</sup> 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 choriales 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) 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  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**