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
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* - ***adresse mail HIN*****) :**

Médecins en copie *(Nom*/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - *Tel* - ***adresse mail HIN)*** : *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 1er trimestre à risque** ≥ *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 1er 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 fédérale suisse sur l'analyse génétique humaine (LAGH), concernant les différents aspects des analyses génétiques décrits dans le formulaire « Information au patient », 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 :

CONSERVATION DES ECHANTILLONS ET DES DONNEES

Décision du/de la patient(e) relative à la conservation et utilisation de l'excédent de(s) échantillons(s) et des données d'analyse génétique :

- Il / elle 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
- Il / elle 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

* = obligatoire