



**DIAGNOSTIQUE / Service de Médecine de Laboratoire**

Centre d'accueil des prélèvements (CAP)  
Bâtiment des Laboratoires (BATLab), local 8D-0-850.1  
4 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14

**Laboratoire d'Hématologie spéciale**

**HEMASPE-Gen**

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

Médecin responsable : Dr K. Samii (022 37) 23 929 / (079 55) 34 076  
Labo direct ou résultats : Tél. /Fax : (022 37) 23 947 / 21 842  
Centre d'accueil des prélèvements (CAP) : Tél (022 37) 21 800

M.  Mme  (SVP: en caractères d'imprimerie)

Nom:.....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Représentant légal si patient mineur :  père  mère

Nom/prénom : .....

Rue/N°:.....

Localité, No postal : .....

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 :

Prélèvement du : ..... Heure : .....

Sang EDTA

ADN purifié

Liquide amniotique

Villosités chorioniques

Opposition du patient à l'enregistrement des résultats de cette demande dans le dossier patient informatique (DPI) des HUG

**RENSEIGNEMENTS BIOLOGIQUES ET CLINIQUES (INDISPENSABLES)**

<b>Origine ethnique</b>	Patient : Père : Mère :	Date des dernières règles (DDR)	
Transfusion avant analyse	<input type="checkbox"/> oui (nb CE) : <input type="checkbox"/> non	Grossesse en cours	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hb (g/l)		Fer (µmol / l)	
Hct. (%)		Transferrine (µmol/l)	
Erythrocytes (T/l)		Indice de saturation	
MCV (fl)		Saturation de la transferrine (%)	
MCH (pg)		Ferritine (µg/l)	
MCHC (g/l)			
<b>Personne de la famille déjà connue du laboratoire Nom, prénom :</b>		<b>Motif de la demande (obligatoire) :</b>	

**Date et signature du prescripteur obligatoires :**

**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.

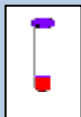
**Décision du patient relative à la conservation et utilisation de l'excédent de(s) échantillon(s) et des données d'analyse génétique \* = obligatoire**

- 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 :  OUI  NON  
Recherche. A ce stade, sa réponse n'implique aucun engagement de sa part.

## ANALYSES



Adulte : tube HEMOGARD mauve 6 ml (EDTA)

Enfant : 1 à 3 ml (selon âge) dans tube HEMOGARD mauve 3 ml (EDTA)

### BILAN THALASSEMIQUE

- Bilan thalassémique **complet** ( $\beta$ -thalassémie, Hb anormales et  $\alpha$ -thalassémie par délétions)
- Bilan thalassémique **partiel** ( $\beta$ -thalassémie et Hb anormales)
  
- Banking de l'ADN

### DOSAGE DE L'HEMOGLOBINE

- Dosage **Hb (A2, C, F, S)** par HPLC
- Dosage **HbA2** par HPLC
- Dosage **HbC** par HPLC
- Dosage **HbF** par HPLC
- Dosage **HbS** par HPLC
  
- Test de Falciformation

**Examen sur rendez-vous uniquement (tél. 23947)**

- Corps d'inclusion

### ANALYSE DES GENES DE L'HEMOGLOBINE

- Recherche d'alpha-thalassémie par délétion
  - Séquençage des gènes de l'hémoglobine (**stt**)
  - MLPA pour cluster alpha (HBA) et cluster bêta (HBB) des gènes de l'hémoglobine
- (stt) Analyse sous-traitée

### DIAGNOSTIC PRENATAL

- Recherche hémoglobinopathies chez les parents sur sang veineux.
- Hémoglobinopathies sur villosités chorales. **En plus du prélèvement foetal, merci d'envoyer 6 ml de sang (tube HEMOGARD mauve) de chaque parent accompagnés d'une demande séparée, même si la mutation a déjà été identifiée.**  
**Prélever** : Tube 12 ml à bouchon bleu ou rouge vissé stérile GREINER + matériel dans NaCl physiologique
- Hémoglobinopathies sur liquide amniotique. **En plus du prélèvement foetal, merci d'envoyer 6 ml de sang (tube HEMOGARD mauve) de chaque parent accompagnés d'une demande séparée, même si la mutation a déjà été identifiée.**  
**Prélever** : Tube 12 ml à bouchon bleu ou rouge vissé stérile GREINER

### RECHERCHE D'HEMOCHROMATOSE

- Hémochromatose (gène HFE) sur sang veineux