



DIAGNOSTIQUE / Service de Pathologie Clinique
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'oncologie moléculaire et pharmacogénomique

ONCOMOL

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

Médecin Chef : Prof. Laura Rubbia-Brandt
Responsable du laboratoire : Dre A.-L. Rougemont (022 37) 28 568
Responsable technique FAMH : Mme I. Gauchat-Bouchardy (022 37) 21 827
Labo direct ou résultats : Tél./Fax : (022 37) 21 830 / 21 843
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 mandatory) :

Assurance : N°Assuré :

Médecin prescripteur (NOM/Prénom - Rue/N°- Localité, N° postal - Tel/Fax, SVP: en caractères d'imprimerie) :

Identification laboratoire :

Copie à : (NOM/Prénom - Rue/N°- Localité, N° postal - Tel/Fax, SVP: en caractères d'imprimerie): « Le laboratoire demandeur/prescripteur a obtenu l'accord du prescripteur/patient pour transmettre des copies à d'autres médecins que le médecin prescripteur »

Information PATIENT:

Origine ethnique: Origine juive ashkénaze Autre:

Anamnèse oncologique familiale (ou joindre un arbre généalogique):

.....
.....
.....
.....

Échantillon

Date de prélèvement:

Sang/EDTA.....ml, temperature ambiante (volume recommandé: 5 ml)

ADN purifié ng / µl (quantité recommandé: 10µg)

Référence hors HUG: Référence HUG (ADN en banque):

Autre (specifier, par exemple: données bio-informatique)
(certaines techniques peuvent être en cours de soumission à l'accréditation)

RAPPORT EN (par défaut en français):

- Français
- Anglais

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

Nom, Prénom

Réservé au laboratoire

ANALYSE – Prédiposition au cancer du sein et de l'ovaire:

ADN - Mise en banque

Recherche des 3 mutations fondatrices juives ashkénazes *BRCA1/2*

Mutation spécifique des cancers du sein et de l'ovaire (Merci de préciser le gène et la mutation):

Porteur familial déjà tester au laboratoire : Oui Nom, Prénom, N°ADN :
 Non

Gène:

Mutation:

NGS Panels:

BRCA1 et *BRCA2* analyse complète

Panel de gènes prédisposant au cancer du sein (*BRCA1, BRCA2, ATM, BARD1, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53*)

Panel de gènes prédisposant au cancer de l'ovaire (*BRCA1, BRCA2, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2, RAD51C, RAD51D*)

Panel complet de gènes prédisposant au cancer du sein et de l'ovaire HBOC (*BRCA1, BRCA2, ATM, BARD1, BRIP1, CHEK2, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53*)

Additionnel/autres gènes:

CDH1

SMARCA4

NBN

Sanger:

HOXB13^{na}*

Autre analyse (Préciser ci-dessous)^{na}*

Analyse bio-informatique complémentaire de gènes prédisposant au cancer du sein et de l'ovaire à partir de données NGS:

ATM

PALB2

BARD1

PMS2

BRIP1

PTEN

CDH1

RAD51C

CHEK2

RAD51D

MLH1

SMARCA4

MSH2

STK11

MSH6

TP53

NBN

Veuillez indiquer ici toute information complémentaire utile :

* = le patient a été informé que les analyses identifiées par le caractère * ne figurent pas sur la liste OFAS en vigueur et qu'elles ne seront donc pas obligatoirement prises en charge par les caisses maladie.

na = non accrédité