



Hôpitaux
Universitaires
Genève



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

PHARMACOGENOMIQUE

<http://www.hug-ge.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) 27 328 / 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 obligatoire) :

Assurance : N° Assuré :

Prescripteur (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax) :

Identification laboratoire :

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 :

Renseignements (diagnostic et/ou traitement etc.) :

Analyse(s) demandée(s)

Si plusieurs analyses sont demandées, un seul tube de sang EDTA et une seule extraction d'ADN sont nécessaires

Analyses – Sang EDTA 3 ml

- | | | | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ABCB1 | <input type="checkbox"/> ABCG2 ^(NA) | <input type="checkbox"/> ADRA2A ^(NA) | <input type="checkbox"/> ANKK1 ^(NA) | <input type="checkbox"/> APOE |
| <input type="checkbox"/> COMT ^(NA) | <input type="checkbox"/> CYP1A2 ^(NA) | <input type="checkbox"/> CYP2B6 ^(NA) | <input type="checkbox"/> CYP2C19 | <input type="checkbox"/> CYP2C8 ^(NA) |
| <input type="checkbox"/> CYP2C9 | <input type="checkbox"/> CYP2D6 | <input type="checkbox"/> CYP3A4 ^(NA) | <input type="checkbox"/> CYP3A5 ^(NA) | <input type="checkbox"/> DBH ^(NA) |
| <input type="checkbox"/> DYPD ^(NA) | <input type="checkbox"/> DRD1 ^(NA) | <input type="checkbox"/> DRD4 ^(NA) | <input type="checkbox"/> F2 ^(NA) | <input type="checkbox"/> F5 ^(NA) |
| <input type="checkbox"/> FLOT1 ^(NA) | <input type="checkbox"/> GABRA6 ^(NA) | <input type="checkbox"/> GABRP ^(NA) | <input type="checkbox"/> GRIK4 ^(NA) | <input type="checkbox"/> HCP5 ^(NA) |
| <input type="checkbox"/> HLA-A(*3101) ^(NA) | <input type="checkbox"/> HTR2A ^(NA) | <input type="checkbox"/> HTR2C ^(NA) | <input type="checkbox"/> ITGB3 ^(NA) | <input type="checkbox"/> KIF6 ^(NA) |
| <input type="checkbox"/> MTHFR ^(NA) | <input type="checkbox"/> OPRD1 ^(NA) | <input type="checkbox"/> OPRK1 ^(NA) | <input type="checkbox"/> OPRM1 ^(NA) | <input type="checkbox"/> SLC01B1 ^(NA) |
| <input type="checkbox"/> TPMT ^(NA) | <input type="checkbox"/> UGT1A1 ^(NA) | <input type="checkbox"/> UGT2B15 ^(NA) | <input type="checkbox"/> UGT2B7 ^(NA) | <input type="checkbox"/> VKORC1 |

La liste des SNP testés est disponible sur le site HUG :

https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/gr-demande-analyse/toximol-liste_snp-panel.pdf

^(NA) Analyse non-accréditée

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