



Laboratoire d'oncologie moléculaire et pharmacogénomique

**TOXIMOL-Std**

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

Médecin Chef : Prof. Laura Rubbia-Brandt  
Responsable du laboratoire : Prof. Thomas McKee  
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 <sup>(NA)</sup>  | <input type="checkbox"/> ADRA2A <sup>(NA)</sup>  | <input type="checkbox"/> ANKK1 <sup>(NA)</sup>  | <input type="checkbox"/> APOE                    |
| <input type="checkbox"/> COMT <sup>(NA)</sup>         | <input type="checkbox"/> CYP1A2 <sup>(NA)</sup> | <input type="checkbox"/> CYP2B6 <sup>(NA)</sup>  | <input type="checkbox"/> CYP2C19                | <input type="checkbox"/> CYP2C8 <sup>(NA)</sup>  |
| <input type="checkbox"/> CYP2C9                       | <input type="checkbox"/> CYP2D6                 | <input type="checkbox"/> CYP3A4 <sup>(NA)</sup>  | <input type="checkbox"/> CYP3A5 <sup>(NA)</sup> | <input type="checkbox"/> DBH <sup>(NA)</sup>     |
| <input type="checkbox"/> DYPD <sup>(NA)</sup>         | <input type="checkbox"/> DRD1 <sup>(NA)</sup>   | <input type="checkbox"/> DRD4 <sup>(NA)</sup>    | <input type="checkbox"/> F2 <sup>(NA)</sup>     | <input type="checkbox"/> F5 <sup>(NA)</sup>      |
| <input type="checkbox"/> FLOT1 <sup>(NA)</sup>        | <input type="checkbox"/> GABRA6 <sup>(NA)</sup> | <input type="checkbox"/> GABRP <sup>(NA)</sup>   | <input type="checkbox"/> GRIK4 <sup>(NA)</sup>  | <input type="checkbox"/> HCP5 <sup>(NA)</sup>    |
| <input type="checkbox"/> HLA-A(*3101) <sup>(NA)</sup> | <input type="checkbox"/> HTR2A <sup>(NA)</sup>  | <input type="checkbox"/> HTR2C <sup>(NA)</sup>   | <input type="checkbox"/> ITGB3 <sup>(NA)</sup>  | <input type="checkbox"/> KIF6 <sup>(NA)</sup>    |
| <input type="checkbox"/> MTHFR <sup>(NA)</sup>        | <input type="checkbox"/> OPRD1 <sup>(NA)</sup>  | <input type="checkbox"/> OPRK1 <sup>(NA)</sup>   | <input type="checkbox"/> OPRM1 <sup>(NA)</sup>  | <input type="checkbox"/> SLC01B1 <sup>(NA)</sup> |
| <input type="checkbox"/> TPMT <sup>(NA)</sup>         | <input type="checkbox"/> UGT1A1 <sup>(NA)</sup> | <input type="checkbox"/> UGT2B15 <sup>(NA)</sup> | <input type="checkbox"/> UGT2B7 <sup>(NA)</sup> | <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](https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/gr-demande-analyse/toximol-liste_snp-panel.pdf)

<sup>(NA)</sup> 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 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