



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève

**DIAGNOSTIQUE / Laboratoire de transplantation et de thérapie cellulaire**  
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'immunologie de transplantation (UIT) et  
Laboratoire nationale de référence pour l'histocompatibilité (LNRH)**



**UIT-LNRH-Gen**



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

Responsables des laboratoires : Pr. J. Villard, RL  
Dre Sylvie Ferrari-Lacraz FAMH, RT  
Labo direct ou résultats : Tél. /Fax : (022 37) 29 406 / (022 37) 29 390  
E-mail : [L-N-R-H@hcuge.ch](mailto:L-N-R-H@hcuge.ch)  
Centre d'accueil des prélèvements (CAP) : Tél (022 37) 21 800

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

Nom:.....

EDS.....

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 :.....

Patient :  Ambulatoire  Hospitalisé

Adresse pour facturation:  Patient  Demandeur  Assurance

Nature du cas :  Maladie  AI  Accident  Maternité

N° AVS (AI obligatoire) : .....

Assurance : ..... N° Assuré : .....

**MEDECIN :**

Nom Prénom: .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Adresse: Rue : ..... N° : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**PRELEVEMENT :**

Date prélèvement : ..... heure : .....

Diagnostic : .....

(ou lien de parenté avec le patient)

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 :*



**Pas de prélèvements le vendredi ou les veilles de jours fériés sauf en cas d'urgence et après entente préalable avec le laboratoire.**

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

**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

**Antigènes ou allèles isolés**

- HLA-A\*29 (8.5 ml de Sg ACD)
- HLA- A\*31:01 (8.5 ml de Sg ACD)
- HLA-B\*27 (8.5 ml de Sg ACD)
- HLA-B\*51 (8.5 ml de Sg ACD)
- HLA- B\*57:01 (8.5 ml de Sg ACD)
- HLA- DQB1\*06:02 (8.5 ml de Sg ACD)
- HLA- DQ2/8 (8.5 ml de Sg ACD)

Sg ACD = sang ACD 10% (HUG Vacutainer jaune clair 8.5 ml)

**\* Seulement sur rendez-vous téléphonique avec le laboratoire et/ou entente préalable avec le responsable du laboratoire**

Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande au laboratoire ou à l'adresse <https://www.hug.ch/feuilles-de-demande>

\*  Autre \_\_\_\_\_