

NLAB

Facture à : Patient Requérant Autre : _____
 Assurance (indiquer l'assurance et le n° d'assuré) _____

Prélèvement : date et heure Prélèvement au laboratoire

Jour 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Mois Janv. Févr. Mars Avril Mai Juin Juillet Août Sept. Oct. Nov. Déc.

Heure 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

Minute 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55

Copies à :

Indication de la demande :

Pour rappel: le médecin doit obtenir le consentement éclairé du patient pour tout test génétique.
Pour tout diagnostic présymptomatique et prénatal ainsi que pour toute recherche du statut de porteur,
le consentement écrit doit être obtenu (formulaire: www.hopitalvs.ch/genetique-consentement).

Rendez-vous pour une consultation génétique spécialisée: ich.genetique@hopitalvs.ch, 027 603 66 77.

Lorsque l'analyse est terminée l'ADN du patient doit être : Conservé dans le laboratoire pour d'autres analyses personnelles Détruit

PATIENT

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

NPA Lieu : _____

Né(e) : _____

Sexe : M F

Origine ethnique

du père : _____

de la mère : _____

HÉMATOLOGIE

- Mutation facteur II (prothrombine)
- Mutation facteur V (Leiden)

- Hémochromatose familiale
Mutations HFE C282Y et H63D

Syndrome myéloprolifératif:

- Polycythemia vera
(panel NGS pour JAK2 V617F et exon 12)
- Thrombocytémie essentielle
et myélofibrose primaire
(panel NGS pour JAK2 V617F,
CALR exon 9, et MPL exon 10)

- BCR-ABL
(analyse de suivi des transcrits p210)

GÉNÉTIQUE GÉNÉRALE

- Extraction d'ADN pour mise en banque

- HLA-B27 (génotype)

- Lactose, intolérance primaire
(LCT, mutation -13910T>C)

- Coeliakie (HLA-DQ2 et HLA-DQ8)

- α_1 -antitrypsine
(SERPINA1, allèles S et Z)

- Mucoviscidose
(screening mutations CFTR fréquentes)

- X-Fragile (expansion FMR1)

- UGT1A, allèles A(TA)_n-8TAA
(pharmacogénétique)

! Conditions spéciales: consulter le Vadémécum

Infertilité / stérilité:

- CBAVD
(screening mutations CFTR fréquentes)

- Microdélétions Y (AZF a, b, c)

- Ménopause précoce
(FXPOI, expansion FMR1)

Hypercholestérolémie familiale

- Panel de base
(LDLR, APOB, PCSK9)

- Panel de base* (LDLR, APOB,
PCSK9, APOE p.Leu167del)

- Panel élargi (LDLR, APOB,
PCSK9, LDLRAP1, APOE)

Dépistage variant pathogène familial:

- Gène:

Variant: _____

PRÉDISPOSITIONS AU CANCER

Panel NGS pour les cancers suivants:

- Sein CDH1
(screening mutations CFTR fréquentes)
- Ovaires
- Colorectal (panel complet)
 - Syndrome de Lynch
 - Polypose adénomateuse
familiale (APC, MUTYH)

- Estomac

- Prostate

- Pancréas

- Mélanome

- Gènes additionnels:

Consultation génétique spécialisée obligatoire.
Détails des gènes analysés:
<https://vadmecum.institutcentral.ch>

Veillez consulter le Vadémécum (<https://vadmecum.institutcentral.ch>) pour l'information concernant les analyses sous-traitées. En attente de l'accord de l'assurance.

Matériel de prélèvement: 6 Monovette® EDTA KE, 2,7 mL 7 Monovette® EDTA KE, 7,5 mL

Analyses cytogénétiques au verso

Autres analyses (à spécifier); remarques importantes:

Par sa signature, le médecin demandeur atteste avoir informé la personne concernée selon les obligations légales en vigueur (y compris du coût éventuel des analyses non prises en charge par les caisses maladies) et avoir reçu son consentement.

Lieu, date :

Signature du médecin obligatoire :

CONTACT:

Thomas von Känel, PhD
Tél.: 027 603 4850
thomas.vonkaenel@hopitalvs.ch

Cocher ici pour obtenir des feuilles de demande de génétique médicale.

Lien pour consulter la dernière version de la feuille de demande de génétique médicale: www.hopitalvs.ch/genetique-demande.

Pour la prescription connectée, veuillez prendre contact avec le laboratoire (027 603 48 50).

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES fournis par le prescripteur

PRÉNATAL

Age gestationnel (semaines + jours) _____

- Suite à dépistage à risque (résultat) _____
 1^{er} TT 2^{ème} TT
- Suite à DPNI (résultat) _____
- Antécédent d'aneuploïdie _____
- Anomalie chromosomique familiale _____
- Malformations fœtales à l'échographie _____
 Clarté nucale augmentée _____
 Hygroma colli _____
 Malformation(s) (précisez) _____
- Retard croissance intra-utérin _____
- Age maternel > 35 ans _____
- Inquiétude parentale _____
- Autre(s) _____

Geste: _____

Pare: _____

POSTNATAL

- Infertilité _____
- Bilan de Procréation Médicalement Assistée (PMA) _____
- Fausses couches à répétition _____
- Suspicion d'anomalie chromosomique:
 Trisomie 21 chromosomes sexuels _____
 Autre _____
- Petite taille/Retard croissance _____
- Autre(s) _____

PRÉLÈVEMENT (DATE ____ / ____ / ____)

PRÉNATAL

- Villosités choriales **Tm**
Pour exclure la contamination maternelle du prélèvement, prélever 5ml de sang EDTA de la mère. Remplir une demande distincte.
- Liquide amniotique **B**
Pour exclure la contamination maternelle du prélèvement, prélever 5ml de sang EDTA de la mère. Remplir une demande distincte.
- Sang de cordon
 EDTA (array-CGH et QF-PCR)
 Hépariné (caryotype)
- Tissu fœtal: **Tm ou NaCl 0.9%**
 Peau fœtale Cordon Produit de curetage
Pour exclure la contamination maternelle du prélèvement, prélever 5ml de sang EDTA de la mère. Remplir une demande distincte.
- Placenta **Tm ou NaCl 0.9%**
- Sang de la mère pour exclure une contamination maternelle du matériel du fœtus

POSTNATAL

- Sang veineux
 Array-CGH et QF-PCR Caryotype
- Peau **Tm ou NaCl 0,9%**
- Frottis buccal **E**
- ADN
- Autre(s) _____

ANALYSES

LABORATOIRE DE CYTOGÉNÉTIQUE CONVENTIONNELLE :

- Caryotype (+ culture)
- FISH (hybridation *in situ* en fluorescence)
- QF-PCR (diagnostic rapide des aneuploïdies 13/18/21/X/Y)
- Dosage des AFP
- Autre(s) _____

LABORATOIRE DE CYTOGÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE :

- Array-CGH (microarray)
Si situation prénatale, sang des parents recommandé. Remplir une demande distincte.
- Extraction ADN et mise en banque en vue d'analyse ultérieure

- Monovette® Li-Heparin LH, 4,9 mL (nouveau-né 0,5 mL)
- Monovette® EDTA KE, 7,5 mL (nouveau-né 0,5 mL)

Tm = Tube + milieu de transport*
B = Boîte stérile*

E = Ecouvillon pour frottis buccal*
*Fourni par le laboratoire

Informations complémentaires utiles, autre analyse spécifique, ordre souhaité (pour une combinaison d'analyses):

Veillez contacter le laboratoire pour le dépistage prénatal non-invasif (DPNI) (027 603 48 50).

Les analyses de cytogénétique conventionnelle et moléculaire sont effectuées en sous-traitance.

