

PATIENT

Nom : _____ Sexe : M F

Prénom : _____ Né(e) le : ____/____/____

Nom de jeune fille /
Répondant légal : _____ Téléphone : _____

Rue : _____

NPA : _____ Localité : _____

Assurance : _____ N° assuré : _____

PRESCRIPTEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Institution : _____

Rue : _____

NPA : _____ Localité : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Mail : _____

Facture, cochez SVP : Au patient (papier) Au prescripteur A l'assurance Copie : Dr.

Remarques : _____

Family member testing

Analyse des membres de la famille

Renseignements cliniques

Analyse chez (nom et date de naissance du cas index) : _____

Lien de parenté : mère père autre : _____
 atteint non atteint

Prélèvement

Sur chaque échantillon doit figurer : Nom / Prénom / Date de naissance

Post-natal

- Sang : 1 tube EDTA min. 6ml, ne pas centrifuger
- Salive : Pour plus d'informations, nous contacter à info@medigenome.ch
- ADN : L'ADN doit être extrait dans un laboratoire autorisé
- Nom du laboratoire : _____

Envoyer l'échantillon à :

Medigenome
Rue de la Colline 6
CH-1205 Genève
Tél : +41 22 807 12 40

Analyse demandée

- Extraction d'ADN, mise en banque / vérification des variants si nécessaire ¹

¹ L'extraction d'ADN peut être à la charge du parent (coût 61.-CHF + taxe administrative)

Signature prescripteur et consentement

J'atteste par ma signature que la personne concernée (patient, représentant légal) a bien reçu un conseil génétique conformément à la loi sur l'analyse génétique humaine (LAGH) (y compris du coût éventuel des analyses non prises en charge par les caisses maladie), qu'elle a disposé de suffisamment de temps pour poser des questions et prendre sa décision, et qu'elle a donné son consentement. J'atteste avoir obtenu l'accord du patient / représentant légal pour la transmission des résultats aux médecins cités en copie.

Signature du médecin prescripteur : _____

Nom en caractère d'imprimerie ou
timbre du cabinet :