

Nom : _____ Sexe : M F
Prénom : _____ Né(e) le : ____/____/____
Nom de jeune fille /
Répondant légal : _____ Téléphone : _____
Rue : _____
NPA : _____ Localité : _____
Assurance : _____ N° assuré : _____

Nom : _____
Prénom : _____
Institution : _____
Rue : _____
NPA : _____ Localité : _____
Téléphone : _____ Fax : _____
Mail : _____

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

Remarques : _____

MediExome Solo

Exome et analyse bioinformatique ciblée

Renseignements cliniques

Origines : père : _____ mère : _____

Parents apparentés

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 :

- Extrait préalablement chez Medigenome
 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

Extraction d'ADN

- Extraction et mise en banque en vue d'analyse ultérieure éventuelle

Analyse demandée

Séquençage à haut-débit (exome) avec analyse bioinformatique de 1-10 gènes, cas index (2900 CHF) ^{1 2}

Panel de gènes (voir la liste des panels [sur medigenome.ch](http://sur.medigenome.ch)) Nom et numéro du panel : _____

Panel de gènes personnalisés

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____
6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____

Séquençage à haut-débit (exome) avec analyse bioinformatique de 11-100 gènes, cas index (3300 CHF) ^{1 2}

Prescription par un médecin titulaire du titre FMH en Génétique médicale

Panel de gènes (voir la liste des panels [sur medigenome.ch](http://sur.medigenome.ch)) Nom(s) et numéro(s) du/des panel(s) : _____

Séquençage à haut-débit (exome) avec analyse bioinformatique de plus de 100 gènes, cas index (3800 CHF) ^{1 2}

Prescription par un médecin titulaire du titre FMH en Génétique médicale

Panel de gènes (voir la liste des panels [sur medigenome.ch](http://sur.medigenome.ch)) Nom(s) et numéro(s) du/des panel(s) : _____

*N'hésitez pas à nous contacter pour toute question concernant le design d'un panel de gènes **personnalisé***

¹ Les conditions ne faisant pas partie de la Liste des Analyses doivent faire l'objet d'une demande préalable à l'assurance-maladie. Nous sommes à disposition pour vous aider dans ces démarches : info@medigenome.ch

² Ce prix n'inclut pas l'extraction d'ADN et les éventuelles analyses supplémentaires (Sanger, MLPA). Ces analyses sont remboursées par le système suisse lorsque effectuées en complément d'une analyse par séquençage à haut-débit. Tous les variants pathogéniques sont validés par Sanger.

Analyses supplémentaires

MLPA pour gènes(s) : _____

Remboursement

Demande d'entente préalable avec l'assurance, position LA acceptée : _____ (ou joindre le courrier de l'assurance)

Condition incluse dans la liste des analyses, position LA : _____

Hors système suisse (sera facturé au prescripteur)

Analyse des membres de la famille

Merci de nous faire parvenir le prélèvement et une feuille de demande spécifique (Family member testing) pour chaque personne

Père : Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ non disponible

Mère : Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ non disponible

Autre : Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ lien de parenté :

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 :