

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

Urgence

Copie : Dr. _____

Remarques : _____

Prise de sang au labo

Date de prélèvement :

| J | J | M | M | A | A | à | H | H | M | M |

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 Viollier 4
1207 Genève**

Analyse demandée

- Extraction d'ADN et mise en banque ^{1, 2, 3}
- Vérification ciblée de variant(s) si nécessaire (dans le cadre d'un exome chez le cas index) ^{2, 3}
- Recherche de mutation familiale (gène et variant, joindre rapport du cas index) ^{2, 3} _____

1 L'extraction d'ADN peut être à la charge du parent (coût 55-CHF + taxe administrative)

2 L'extraction d'ADN est sous-traitée chez Genesupport ; certaines étapes du séquençage Sanger sont externalisées chez Genesupport.

3 L'envoi du consentement signé est requis.

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 côté 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.

Date et signature du médecin prescripteur : _____

Nom en caractère d'imprimerie ou
timbre du cabinet :

Consentement éclairé avant analyse(s) génétique(s)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Je confirme avoir reçu un conseil génétique qui m'a informé(e) sur les différents aspects des analyses génétiques, et que j'ai eu suffisamment de temps pour poser des questions et prendre ma décision.

Je donne mon consentement pour l'analyse génétique suivante : Extraction d'ADN, mise en banque et vérification de variants

prénatal postnatal pré-symptomatique/prédictif

Relative à la maladie suivante : _____

Sur le prélèvement suivant (p.ex. sang, liquide amniotique, tissu) : _____

Ma décision relative à la transmission d'éventuels résultats supplémentaires non prévus dans l'analyse génétique moléculaire :

Je désire être informé(e) d'une éventuelle modification génétique lorsqu'elle appartient à la catégorie suivante :

Prédisposition à une maladie dont les symptômes peuvent être traités, et dont l'apparition et l'évolution peuvent être surveillées et/ou influencées médicalement OUI NON

Prédisposition à une maladie pour laquelle il n'existe actuellement pas de traitement OUI NON

Etat de porteur (sain) pour une maladie récessive pouvant survenir dans la descendance ou chez des apparentés OUI NON

Autre : _____

En l'absence de réponse, nous considérerons que vous ne souhaitez pas prendre connaissance d'éventuels résultats supplémentaires non prévus.

Conservation et utilisation de l'excédent de(s) échantillon(s) et des données d'analyse génétique :

Je suis d'accord que mes échantillons et mes données des analyses soient conservés pour une éventuelle analyse ultérieure. Dans ce cas, ces analyses ne seraient effectuées que dans mon intérêt et avec mon consentement.

Cocher la case « Non » implique que vos échantillons seront détruits après l'analyse. OUI NON

Je suis d'accord avec la conservation et l'utilisation anonyme de mes échantillons et mes données à des fins d'amélioration de la qualité des analyses génétiques. OUI NON

Utilisation de mon échantillon et de mes données pour la recherche :

Par ailleurs, vos échantillons et données des analyses peuvent être utiles pour la recherche. Si vous êtes intéressé(e)s par une éventuelle participation à un projet de recherche, vous pouvez l'indiquer ici. Le cas échéant, nous vous recontacterons afin de vous donner plus d'informations. A ce stade, votre réponse n'implique aucun engagement de votre part.

En principe, je suis d'accord que mon échantillon et mes données soient conservés et utilisés pour la recherche. OUI NON

Lieu et date : _____ Signature du patient
(ou représentant légal) : _____

Lieu et date : _____ Signature du médecin : _____