

Veuillez mentionner nom, prénom, sexe et date de naissance du patient sur chaque prélèvement.

Patient M Mme Mlle Enf. M Enf. F

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____ F M Votre réf. patient _____

c/o (rép. légal) _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ Grossesse _____ Taille en cm _____ Poids en kg _____

_____ Sem. _____

Marque: correcte incorrecte
Communication

-
- Urgent
-
-
- A téléphoner
-
-
- A faxer

Copie(s)

-
- Patient
-
- Dr (Coordonnées complètes)
-
- Nom _____ Prénom _____

Code postal _____ Ville _____

Autre(s) copie(s) _____

Facture au Patient Prescripteur Autre (Préciser ci-dessous) _____

Assurances, Tutelles, AI, Militaire ou autres _____

N° _____

Prescripteur

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Tél. _____

Fax _____

Réservé au laboratoire

-
- Prélèvement
-
- EDTA
-
-
- Domicile
-
- Hépariné
-
- _____ CP _____ Liq. Amn. _____
-
- _____ km _____ Villos chorial _____
-
- _____ Inf. _____ Autre _____

GENETIQUE

Origines ethniques (cocher toutes les réponses qui s'appliquent):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Caucasien | <input type="checkbox"/> Arabe (à préciser) _____ |
| <input type="checkbox"/> Méditerranéen | <input type="checkbox"/> Asiatique (Inde, Sri Lanka, Pakistan) _____ |
| <input type="checkbox"/> Africain (à préciser) _____ | <input type="checkbox"/> Asiatique Occidentale (Chine, Japon) _____ |
| <input type="checkbox"/> Hispanique | <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud (Malaise, Indonésie, Vietnam) _____ |
| <input type="checkbox"/> Espagne | <input type="checkbox"/> Juif - AshKénase _____ |
| <input type="checkbox"/> Portugal | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre: _____ | <input type="checkbox"/> Inconnu _____ |

Indications et renseignements cliniques: à préciser impérativement

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trouble de la reproduction _____ | <input type="checkbox"/> Prénatale |
| <input type="checkbox"/> Cancer familial _____ | <input type="checkbox"/> Consanguinité _____ |
| Analyse(s) demandée(s) _____ | <input type="checkbox"/> Maladie familiale _____ |
| | <input type="checkbox"/> Risque Combiné 1 ^{er} trimestre: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Poids _____ |
| | <input type="checkbox"/> Age Gestationnel _____ SA _____ J |
| | <input type="checkbox"/> Terme prévu _____ |
| | <input type="checkbox"/> Signe d'appel échographique _____ |
| | <input type="checkbox"/> Antécédent anomalie chromosomique _____ |

Consentement
Prescripteur
Toute demande de test génétique devrait être précédée d'un conseil génétique (Loi fédérale Suisse sur les analyses génétiques humaines 2004).

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

Signature du médecin prescripteur (obligatoire)

X

Date: _____

Patient
Par ma signature je donne mon consentement aux analyses génétiques demandées.

Je confirme avoir reçu un conseil génétique concernant cette analyse et mon risque génétique, d'avoir reçu l'information sur les coûts éventuels à ma charge, et d'avoir bénéficié d'un délai de réflexion suffisant.

Signature du patient

X

Une fois l'analyse terminée, mon ADN restant:

-
- Devra être stocké pour des analyses complémentaires éventuelles, dans mon intérêt et avec mon accord uniquement;
-
-
- Pourra être employé de manière anonyme par le laboratoire pour ses recherches;
-
-
- Devra être détruit.

En cas de découvertes fortuites:

-
- Je souhaite être informé,
-
-
- Je ne souhaite pas être informé
-
-
- Je souhaite être informé uniquement s'il existe moyen de prévention ou de traitement pour moi et/ou mes apparentés.