



DEMANDE D'ANALYSES DE CYTOGENETIQUE CONSTITUTIONNELLE

<p>Identité du patient ou étiquette</p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fém.</p>	<p><i>Réservé au laboratoire</i></p> <p><i>No échantillon</i></p> <p>Médecin demandeur</p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Signature (OBLIGATOIRE)</p> <p>Date du prélèvement :</p>
<p><i>Par sa signature, le médecin demandeur atteste avoir informé la personne concernée selon les obligations légales en vigueur (LAGH) et avoir reçu son consentement écrit. Accès à la loi LAGH et à la formule pour « consentement éclairé avant analyse génétique » : http://www.sgm.ch/user_files/images/Einverständniserklärung_SGMG_ergänzt_F_2007.pdf</i></p>	
<p>Médecin qui a pratiqué l'amniocentèse / le PVC</p>	<p>Médecin du Service de génétique en charge du cas</p>
<p>Destinataire de la facture : <input type="checkbox"/> patient <input type="checkbox"/> médecin demandeur <input type="checkbox"/> hôpital :</p>	
<p style="text-align: center;">ANALYSES PRENATALES</p> <p><input type="checkbox"/> VILLOSITES CHORIALES (PVC) dans NaCl 0.9% ou milieu spécifique.</p> <p><input type="checkbox"/> LIQUIDE AMNIOTIQUE prélever 20 ml + 5 ml supplémentaires si FISH. aspect : volume : ml.</p> <p><input type="checkbox"/> SANG FOETAL (PSF) sur héparinate de lithium</p>	<p style="text-align: center;">ANALYSES POSTNATALES</p> <p><input type="checkbox"/> SANG VEINEUX (POUR CARYOTYPE ET FISH) sur héparinate de lithium 2.7 ml (2 x 300 µl (2 microvettes) pour un nouveau-né)</p> <p><input type="checkbox"/> SANG SUR EDTA (2.7 ml) (POUR PUCE A ADN /ARRAY-CGH)</p> <p><input type="checkbox"/> PEAU dans NaCl 0.9 %</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRES, tissus :</p>
<p>Analyses</p> <p><input type="checkbox"/> Caryotype</p> <p><input type="checkbox"/> FISH recherche aneuploïdies XY/13/18/21 (sur cellules non cultivées)</p> <p><input type="checkbox"/> FISH microdélétion 22q11.2</p> <p><input type="checkbox"/> AFP</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p>Analyses</p> <p><input type="checkbox"/> Caryotype</p> <p><input type="checkbox"/> FISH <input type="radio"/> Aneuploïdies XY/13/18/21 (sur cellules non cultivées)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Microdélétion 22q11.2 <input type="radio"/> Prader-Willi/Angelman</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> HNPP <input type="radio"/> CMT1a</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Autre :</p> <p><input type="checkbox"/> Puce à ADN (array CGH)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p>Renseignements</p> <p>Date des DR :</p> <p>Age gestationnel : selon DR selon US (semaine + jours)</p> <p>Indication à l'examen</p> <p><input type="checkbox"/> Age maternel > 35 ans</p> <p><input type="checkbox"/> Dépistage positif <input type="radio"/> 1^{er} tiers <input type="radio"/> 2^e tiers</p> <p><input type="checkbox"/> S-AFP augmentée</p> <p><input type="checkbox"/> Anomalies vues à l'échographie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hygroma colli / anasarque <input type="radio"/> Malformation cardiaque <input type="radio"/> Kystes du plexus choroïde <input type="radio"/> Dilatation ventriculaire <input type="radio"/> Autre : <p><input type="checkbox"/> Autres (décrire) :</p>	<p>Indication / Renseignements cliniques <i>à compléter, indispensable à l'interprétation du résultat</i></p> <p><input type="checkbox"/> Infertilité/Stérilité <input type="checkbox"/> Fausses couches à répétition</p> <p><input type="checkbox"/> Suspicion de syndrome</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Turner <input type="radio"/> Klinefelter <input type="radio"/> Trisomie 21 <input type="radio"/> Autre :</p> <p><input type="checkbox"/> Retard du développement / Retard mental</p> <p><input type="checkbox"/> Retard de croissance : <input type="radio"/> prénatal <input type="radio"/> postnatal</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles des apprentissages :</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles du comportement / Pathologies psychiatriques :</p> <p><input type="checkbox"/> Hypotonie néonatale</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsie</p> <p><input type="checkbox"/> Malformation congénitale :</p> <p><input type="checkbox"/> Dysmorphie faciale :</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie neurologique :</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p>Après analyse, le patient désire <input type="checkbox"/> que le matériel soit détruit</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> que le matériel soit stocké en vue d'éventuelles analyses complémentaires</p> <p style="margin-left: 40px;">Sans mention : le matériel anonymisé pourra être utilisé pour des études.</p>	

Le patient a été averti que certaines analyses cytogénétiques peuvent ne pas être remboursées par les caisses maladies.
La liste d'analyses fait partie intégrante de la liste des analyses du DML (<http://www.chuv.ch/dml>). Pour d'autres analyses, prière de se renseigner. Cette feuille de demande d'analyses peut être imprimée directement à partir de ce site.

Merci de nous avvertir avant tout prélèvement (021.314.33.97 ou 021.314.33.84)