



Centre hospitalier universitaire vaudois

accréditation ISO 15189



STS - 0345

Service de médecine génétique  
Prof. Dr A. Superti-Furga, chef de service

**LABORATOIRE DE GENETIQUE - LGE8**  
Cytogénétique constitutionnelle / BH19 - 505  
Rue du Bugnon 46  
Réception des prélèvements / BH18 - 100 - LGE8  
1011 Lausanne

Tél.: 021 314 33 84 Fax: 021 314 33 85  
E-mail: [laboratoire.lgn@chuv.ch](mailto:laboratoire.lgn@chuv.ch) Web: [www.chuv.ch/laboratoires](http://www.chuv.ch/laboratoires)

Ouverture du laboratoire: lundi - vendredi, 08h00 - 17h00

**Patient**

Nom: .....

Prénom: .....

Sexe: .....

Date de naissance complète: .....

Adresse complète: .....

N° postal / Localité: .....

V / réf: .....

**Facture**

Patient  Demandeur

Etiquette code barres

! Espace réservé pour le CHUV !



**Date et heure du prélèvement indispensables**

Jour: 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mois: 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Heure: 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Min.: 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Copie(s) à (adresse exacte et complète)**

Nom du médecin: .....

Service, adresse: .....

Localité: .....

**DEMANDEUR (tampon ou en MAJUSCULES)**

Nom du médecin: .....

Service, adresse: .....

Fax / Tél.: .....

**ANALYSE(S) SOUHAITEE(S)**

- Caryotype (bandes G)  Culture seule (sans analyse)
- Dosage AFP (analyse sous-traitée au CHUV)
- Extraction ADN et mise en banque
- Puce à ADN (Agilent® CGH array): pour une analyse prénatale, prévoir 2x 5 ml de sang maternel sur EDTA-K
- FISH: diagnostic rapide des aneuploïdies 13/ 18/ 21/ X/ Y
- FISH autre interphasique: chromosome/locus à rechercher: .....
- FISH métaphasique: chromosome/locus à rechercher: .....

**SIGNATURE DU MEDECIN DEMANDEUR, OBLIGATOIRE\***

\* Les analyses génétiques ne peuvent être demandées qu'avec l'accord éclairé du patient. **Par sa signature, le médecin demandeur atteste avoir informé la personne concernée selon les obligations légales en vigueur et avoir reçu son consentement écrit.**

**Accord de l'assurance**

reçu  en attente  pas nécessaire

Etiquette de déviation

ou

Etiquette de projet

**MATERIEL POUR ANALYSE**

ANALYSE PRENATALE  ANALYSE POSTNATALE # Hors du domaine d'accréditation

- Villosités chorales (60 mg au minimum dans 0.9% NaCl ou milieu stérile à demander au laboratoire)
- Liquide amniotique (pour un caryotype prévoir au minimum 20 ml, + 5 ml si FISH; en cas de puce ADN prévoir au minimum 30 ml)
- Sang fœtal \*\* (1 ml)  Sang périphérique \*\* (2x 300 µl pour les nouveau-nés; 5 ml pour les autres patients)
- \*\* sur Li-Hep pour caryotype et/ou FISH; EDTA-K pour puce à ADN
- Peau  Placenta  Produit de curetage (dans 0.9% NaCl ou milieu stérile à demander au laboratoire pour ces 3 prélèvements)
- # Lame(s) paraffinée(s) (selon accord préalable). IPA uniquement: n° lame(s): .....
- ADN: n° LGM:.....  Autre (à préciser): .....

**MOTIF(S) A L'ANALYSE FOURNI(S) PAR LE PRESCRIPTEUR**

- Age maternel > 35 ans
- Dépistage à risque: 1<sup>er</sup> TT: ..... 2<sup>ème</sup> TT: .....
- Test prénatal non invasif (TPNI) \*
- Antécédent anomalie chromosomique / génique \*
- Suspicion anomalie chromosomique / génique \*
- Retard de croissance intra-utérin (RCIU)
- Grossesse non évolutive / Mort in utero / ITG
- Infertilité / Stérilité
- Bilan avant PMA (procréation médicalement assistée)
- Fausses couches à répétition
- Retard du développement / Retard mental / Epilepsie
- Troubles du comportement / Autisme
- Syndrome polymalformatif
- Autre(s) \* *\* Merci de préciser sous «Renseignements cliniques»*

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES FOURNIS PAR LE PRESCRIPTEUR**

Âge gestationnel (semaines + jours) selon: US: ..... DR: .....

Grossesse gémellaire: identifiant fœtus prélevé (si analyse d'un seul fœtus): .....

Antécédent anomalie chromosomique / génique (spécifier): .....

Suspicion anomalie chromosomique / génique (spécifier): .....

Malformations observées à l'échographie: .....

Autre(s) renseignements: .....

## RENSEIGNEMENTS

### Biologistes cadres

**Dr F. Niel Bütschi**

**Dr S. Porter**

Tél.: 021 314 33 80

021 314 11 35

E-mail: [florence.niel@chuv.ch](mailto:florence.niel@chuv.ch)

[sarah.porter@chuv.ch](mailto:sarah.porter@chuv.ch)

## APRES ANALYSE(S), LE PATIENT DESIRE

- que le matériel soit détruit
- que le matériel soit stocké en vue d'éventuelles analyses complémentaires pour lui ou sa famille
- sans mention**, le matériel est anonymisé et pourra être utilisé pour des études

**Vos précisions** - Informations complémentaires, ordre souhaité pour une combinaison d'analyses, etc...

Cette liste d'analyses fait partie intégrante de celle proposée par le département des laboratoires (DL) du CHUV. Le formulaire ainsi que celui de consentement éclairé peuvent être imprimés directement depuis le site internet du DL: <http://www.chuv.ch/laboratoires>.

### PRISE EN CHARGE DES PRELEVEMENTS POUR ANALYSES GENETIQUES

- ❖ **AVERTIR** le laboratoire au 021 314 33 84 (lundi-vendredi, 8h00-17h00) avant tout envoi de prélèvement. **Eviter de prélever pendant le week-end.**
- ❖ **UN(E) TECHNICIEN(NE) DE PIQUET** peut être contacté(e) en cas de prélèvement urgent pratiqué durant le week-end au 079 556 48 42 (8h00-17h00). En cas de non réponse, laisser un message indiquant les coordonnées auxquelles la personne de piquet pourra rappeler.
- ❖ **CONSENTEMENT ECLAIRE:** toute demande d'analyse génétique doit obligatoirement être accompagnée de cette feuille de demande, ainsi que du formulaire de consentement éclairé avant analyse(s) génétique(s), remplis et correctement signés.
- ❖ **ANALYSE PRENATALE:** joindre une copie du compte-rendu échographique.
- ❖ **VILLOSITES CHORIALES:** prévoir une quantité de 60 mg au minimum; en cas d'analyses particulières ou pour obtenir des tubes contenant du milieu stérile de transport contacter le laboratoire.
- ❖ **PUCE A ADN** (microarray), **analyse prénatale:** joindre 2x 5 ml de sang périphérique maternel sur EDTA-K pour un test d'exclusion de contamination maternelle. **En cas de grossesse non évolutive**, l'analyse se fait à partir d'une biopsie de peau. Si un tel prélèvement n'est pas réalisable, merci de contacter le laboratoire.
- ❖ **LAMES PARAFFINEES** (si convenu au préalable): joindre une lame HE et y marquer la région à analyser. L'épaisseur de la coupe devrait être de 4 µm.
- ❖ **BIOPSIE CUTANEE:** 5 mm<sup>3</sup> au minimum, **dans une solution de 0.9% NaCl.** Prélever préférentiellement en profondeur sur une localisation centrale (fesses, haut de la cuisse) pour assurer une meilleure viabilité des cellules. **Ne jamais mettre du formol ou autre fixateur.**
- ❖ Recherche de **MOSAÏCISME CONFINE AU PLACENTA:** contacter un biologiste au préalable (coordonnées ci-dessus).
- ❖ **CONSULTATION GENETIQUE:** si un conseil génétique est souhaité, merci de prendre contact avec le secrétariat du service de médecine génétique au 021 314 32 00 ou avec les médecins assistants en génétique au 079 556 20 35.

### CONDITIONS DE TRANSPORT ET CONSERVATION

- ❖ **EXPEDIER** les prélèvements le plus rapidement possible (par voie express ou transporteur interne) à température ambiante. En interne, ne pas utiliser le poste pneumatique.
- ❖ **ACHEMINEMENT** des prélèvements (jours ouvrables, 6h30-18h30): à la Réception des prélèvements au BH18-100 (bâtiment principal du CHUV, 18<sup>ème</sup> étage).
- ❖ **CONSERVATION** des prélèvements si l'acheminement immédiat n'est pas possible: **garder à 4°C** avec la feuille de demande d'analyse. Les biopsies (postnatales) de tissu doivent également être conservées dans une solution de 0.9% NaCl stérile. L'échantillon doit ensuite parvenir au laboratoire dès le premier jour ouvrable.

Zone réservée pour le laboratoire – Merci de ne rien inscrire