CHUV - LGE

GENETIQUE MOLECULAIRE (ADN)



Centre hospitalier universitaire vaudois

accréditation ISO 15189



SERVICE DE MEDECINE GENETIQUE

Dre Christel Tran, PD, cheffe de service a. i.

LABORATOIRE DE GENETIQUE / BH19 - LGE8

Réception des laboratoires / BH18 - 100 - LGE8 Rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne Experts scientifiques: www.chuv.ch/contact-lge

Tél.: 021 314 33 73 Fax: 021 314 33 85

E-mail: diagnostic.lgm@chuv.ch Web: www.chuv.ch/laboratoires Ouverture du laboratoire: lundi - vendredi, 08h00 - 17h00

Date et heure du	prélèvement	indispensables

18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 Jour: Mois:

2 3 4 5 6 7 8 9

V / réf:

A remplir par le laboratoire	
ID LGE:	
Patient	
ID:	
Nom:	CHU
Prénom:	barre ur le (
Sexe:	code bo
Date de naissance complète:	Etiquette code barres Espace réservé pour le CHUV
Adresse complète:	E Spa
N° postal / Localité:	
V / réf:	

MEDECIN DEMANDEUR Nom du médecin: Service, adresse: Bip / Tél.: SIGNATURE DU MEDECIN DEMANDEUR - OBLIGATOIRE *

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

La transmission des résultats doit se faire lors d'un conseil génétique. Pour tout renseignement, les médecins du service de médecine génétique sont à votre disposition au n° de tél. 021 314 32 00

Documents officiels accessibles en ligne:

Loi fédérale sur l'analyses génétique humaine (LAGH)

https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20011087/index.html

Liste des analyses http://www.bag.admin.ch/la

Formulaire de « Consentement éclairé en vue d'une ou plusieurs analyses génétiques » http://sgmg.ch/wordpress/wp-content/uploads/2017/02/Consentement-éclairé-unif Logo-21.02.2017docx.pdf

Accord de l'assurance – OBLIGATOIRE POUR DEMANDE NGS

reçu en attente

Nom de l'assurance:

Facture patient stationnaire / hospitalisé (demandeur)

patient ambulatoire (assurance / patient)

Copie-s à (adresse exacte et complète)

Nom du médecin:

Service adresse:

Localité:

urine urine

ADN

Matériel à analyser

liquide amniotique

sang veineux sur EDTA

trophoblaste et autres tissus

Quantité

pas nécessaire

minimum 30 mg

minimum 20 ml

adulte: 1x 5 ml / enfant: min. 1 ml 10 ml ou plus

dans milieu stérile

Eth

salive et frottis buccal (pour séquençage Sanger uniquement; ne pas manger ni boire dans l'heure qui précède le prélèvement)

Après analyse, le patient désire note: si les cases ne sont pas cochées, le matériel est conservé que le matériel soit détruit

- que le matériel soit stocké en vue d'éventuelles analyses complémentaires pour lui ou sa famille
- que le matériel soit anonymisé afin qu'il puisse être utilisé pour des études de recherche

Justification de la demande

- mise en banque en vue d'une analyse ultérieure
- confirmation du diagnostic
- dépistage du porteur
- diagnostic prénatal
- présymptomatique

Informations cliniques

Si recherche de mutation familiale: cas index
ID LGE:
Nom:
Prénom:
Date de naissance:
Variant·s (gène, nucléotide, protéine):

Pédigrée (dessiner)

Analyse⋅s précédente⋅s	

	Parent-s avec signes cliniques
nicité:	oui non pas clair

Consanguinité: suspectée ne s'applique pas non

Mode de transmission suspecté: ☐ AD AR lié au chr. X — de novo

> Mode d'expédition peut rester 2 à 4 jours au frigo par porteur ou en courrier A immédiatement par porteur

immédiatement par porteur

immédiatement par porteur pour tout autre matériel à analyser, prière de se renseigner auprès du laboratoire au n° de tél. 021 314 33 73

Délai des résultats

une à plusieurs semaines; délai raccourci pour le diagnostic prénatal et les nouveau-nés

Pour les demandes urgentes

Tél. n° 021 314 33 70 ou 021 314 43 55

Version 4.0 LGE_31_MOL_FO_0001

Analyse ne figurant pas dans la liste fédérale des analyses de l'OFSP. En Suisse, les analyses « hors liste » ne sont pas soumises au remboursement obligatoire par l'assurance maladie.

Analyse hors domaine d'accréditation