



Centre hospitalier universitaire vaudois

accréditation ISO 15189



SMTS 0021

**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](http://www.chuv.ch/contact-lge)

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

**Date et heure du prélèvement indispensables**

Jour: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15  
16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Mois: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Heure: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 15 30 45

Min.:

**A remplir par le laboratoire**

ID LGE: .....

**Patient**

Nom: .....

Prénom: .....

Sexe: .....

Date de naissance complète: .....

Adresse complète: .....

N° postal / Localité: .....

V / réf: .....

Etiquette code barres  
! Espace réservé pour le CHUV !



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

Nom du médecin: .....

Service, adresse: .....

Localité: .....

**MEDECIN DEMANDEUR**

Nom du médecin: .....

Service, adresse: .....

Tél.: ..... Fax: .....

**ANALYSE-S SOUHAITEE-S**

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

**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

Nom de l'assurance: .....

**Facture**  patient stationnaire / hospitalisé (demandeur)  
 patient ambulatoire (assurance / patient)

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; pour une puce à ADN, prévoir au minimum 30 ml)
- Sang périphérique\*\*** (2x 300 µl pour les nouveau-nés; 5 ml pour les autres patients)  **Sang fœtal\*\*** (1 ml)
- \*\*  Caryotype et/ou FISH: sur **Li-Hep** \*\*  Puce à ADN: sur **EDTA-K**
- 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: .....
- Autre** (à préciser): .....

**MOTIF-S A L'ANALYSE FOURNI-S PAR LE PRESCRIPTEUR**

- 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  Fausses couches à répétition
- Bilan avant PMA (procréation médicalement assistée)
- Turner  Klinefelter
- Retard du développement / Déficience intellectuelle / Epilepsie
- Troubles du comportement / Trouble du spectre autistique
- Syndrome polymalformatif
- Autre(s) \* *\* Merci de préciser sous «Renseignements cliniques»*

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES FOURNI-S 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 renseignement-s: .....

## RENSEIGNEMENTS

### Biologistes

DreSc F. Niel Bütschi

E. Soletti

Tél.: 021 314 33 80

021 314 11 35

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

[elisa.soletti@chuv.ch](mailto:elisa.soletti@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 de médecine de laboratoire et pathologie (DMLP) du CHUV. Ce formulaire ainsi que celui de consentement éclairé peuvent être imprimés directement depuis le site internet du DMLP: <http://www.chuv.ch/laboratoires>.

### PRISE EN CHARGE DES PRELEVEMENTS POUR ANALYSES GENETIQUES

- ❖ Prière d'**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 le samedi au 079 556 48 42 (9h00-17h00). En cas de non réponse, prière de 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, tous deux remplis et correctement signés.
- ❖ **ANALYSE PRENATALE:** prière de 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, prière de contacter le laboratoire.
- ❖ **Analyse prénatale par PUCE A ADN (microarray):** prière de joindre 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): prière de joindre une lame HE et d'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 de préférence en profondeur sur une localisation centrale (fesse, haut de la cuisse) pour assurer une meilleure viabilité des cellules. **Ne jamais ajouter de formol ou autre fixateur.**
- ❖ Recherche de **MOSAÏCISME CONFINE AU PLACENTA:** prière de 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 par téléphone au 021 314 32 00 ou par messagerie à l'adresse [gen@chuv.ch](mailto:gen@chuv.ch).

### 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: à la Réception des laboratoires au BH18-100 (bâtiment principal du CHUV, 18<sup>ème</sup> étage).
- ❖ **CONSERVATION** des prélèvements quand l'acheminement immédiat n'est pas possible: **garder le prélèvement 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