



Auftragsformular für die Genotypisierung der ZYTOCHROME P450 2D6, 2C9 und 2C19

Name, Vorname und Adresse des Patienten: → → → →	Rechnungsadresse : <input type="checkbox"/> Auftragsteller: <input type="checkbox"/> Krankenkasse: Versicherten Nr: <input type="checkbox"/> Anderes:	Adresse des Auftraggebers: → → → → Arzt: Im Labor erhalten am:
Geburtsdatum: / /		
<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich		

Verlangte Genotypisierung:

- Zytochrom P450 2D6** (CYP2D6 ; Analyse der Allele *3, *4, *6, *XN dupliziert/vervielfacht)
- Zytochrom P450 2C9** (CYP2C9 ; Analyse der Allele *2, *3)
- Zytochrom P450 2C19** (CYP2C19 ; Analyse der Allele *2, *3, *17)

Achtung: Diese Analysen sind keine Routineuntersuchungen. Bitte telefonieren Sie uns, um die Fristen zu erfahren.

Der Zeitpunkt der Blutentnahme ist nicht relevant; **5 ml Vollblut K-EDTA**, weder zentrifugieren noch einfrieren, unmittelbar dem Labor per A-Post zukommen lassen (Kühlung ist nicht notwendig)

Herkunft: Europäer Asiat Schwarzafrikaner / Afroamerikaner Nordafrikaner Andere :

Anlass zur Frage (bitte zutreffendes ankreuzen):

- "non-response" (bitte Medikation und Dosierung angeben)
- Nebenwirkung/en (bitte angeben)
- Intoxikationsverdacht (bitte präzisieren)
- Verdacht auf ultraschnelle Metabolisierung langsame Metabolisierung.....
- Anderes :

Wir möchten die verschreibenden Ärzte darauf aufmerksam machen, dass für genetische Analysen eine Einverständniserklärung des Patienten notwendig ist. Deswegen erklärt der Arzt mit dieser Anfrage, dass er den Patienten ordnungsgemäss über die wesentlichen Aspekte dieser Art von Analysen informiert hat und sein Einverständnis für die Ausführung der verlangten Analyse erhalten hat.

Ab dem 1. Januar 2017 werden **die Kosten dieser Analysen von der obligatorischen Krankenkasse nur für Verschreibungen der Analysen durch Ärztinnen und Ärzte mit eidgenössischem Weiterbildungstitel in klinischer Pharmakologie und und Toxikologie übernommen.** (DNA-Extraktion pro Probe (2021.00): CHF 61.- ; Pharmakogenetische Analyse pro Allele (2150.10): CHF 93.- außer CYP2D6*XN (2250.10) CHF 105.-).

Ort und Datum : **Unterschrift** (leserlich) des behandelnden Arztes:

Nur für das Labor, bitte nicht ausfüllen

Code :

Date Extr. DNA							
CYP2D6	<i>wt</i>	<i>mut</i>	<i>Date 1</i>	<i>Date 2</i>	Résultat		
Mut *3					<input type="radio"/> wt / wt <input type="radio"/> wt / mut <input type="radio"/> mut / mut		
Mut *4					<input type="radio"/> wt / wt <input type="radio"/> wt / mut <input type="radio"/> mut / mut		
Mut *6					<input type="radio"/> wt / wt <input type="radio"/> wt / mut <input type="radio"/> mut / mut		
	5.2 kb	3.6 kb	<i>Date 1</i>	<i>Date 2</i>			
Mut *XN					<input type="radio"/> absent <input type="radio"/> présent (dupli./multi.)		
CYP2C9	<i>wt</i>	<i>mut</i>	<i>Date 1</i>	<i>Date 2</i>	Résultat		
Mut *2					<input type="radio"/> wt / wt <input type="radio"/> wt / mut <input type="radio"/> mut / mut		
Mut *3					<input type="radio"/> wt / wt <input type="radio"/> wt / mut <input type="radio"/> mut / mut		
CYP2C19	<i>wt</i>	<i>mut</i>	<i>Date 1</i>	<i>Date 2</i>	Résultat		
Mut *2					<input type="radio"/> wt / wt <input type="radio"/> wt / mut <input type="radio"/> mut / mut		
Mut *3					<input type="radio"/> wt / wt <input type="radio"/> wt / mut <input type="radio"/> mut / mut		
Mut *17					<input type="radio"/> wt / wt <input type="radio"/> wt / mut <input type="radio"/> mut / mut		

Commentaires éventuels :

Date du rapport :

Visa du technicien :



Einverständniserklärung für:

Molekulare Analysen von genetischen Polymorphismen

Betroffene Analyse(n): **ZYTOCHROME P450**

Name : _____ Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

« Ich bestätige, dass ich detaillierte Informationen über das Wesen dieser genetischen Analyse, ihr Ziel, ihre Modalitäten, ihre Risiken und ihre Folgen erhalten habe. Ich hatte genügend Zeit, um Fragen zu stellen und meine Entscheidung zu treffen. Mit meiner Unterschrift gestatte ich die Durchführung dieser Analyse(n) mit meiner biologischen Probe. »

Meine Entscheidung betreffend der Aufbewahrung der Probe(n) :

- Wenn möglich wird die Probe für eventuell durchzuführende zusätzliche Analysen in meinem Interesse und nur mit meiner Zustimmung aufbewahrt;
Nach Anonymisierung kann die Probe ebenfalls für medizinische Forschungszwecke benützt werden.
- Wenn möglich wird die Probe für eventuell durchzuführende zusätzliche Analysen in meinem Interesse und nur mit meiner Zustimmung aufbewahrt.
- Mein Untersuchungsmaterial soll nach Abschluss der Untersuchung vernichtet werden.
- Andere: _____

Unterschrift: _____ Ort und Datum: _____
(gegebenenfalls der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters)

Pour le laboratoire: N° interne de l'échantillon: _____