

ANMELDUNG FÜR HEREDITÄRE ONKOGENOMISCHE ANALYSEN



Centre hospitalier
universitaire vaudois



Service d'hématologie
Laboratoire d'oncogénomique

Réception des laboratoires BH18-100
1011 Lausanne

Tel. : 021 314 33 93

Fax : 021 314 34 44

e-mail : log@chuv.ch

<http://www.chuv.ch/log>

Laboröffnungszeiten:

Montag-Freitag 08.00 – 17.00

PATIENT

Name :

Vorname :

Adresse :

Geburtsdatum :

Geschlecht : Männlich Weiblich

Ref. :

Entnahmedatum :

Rechnung

- Patient
 Auftraggeber

Zusprechung der Krankenkasse

- Ja
 Nein

MATERIAL (bei Zimmertemperatur aufbewahren)

- Peripheres Blut (Li Heparin oder EDTA)
 Hautbiopsie
 Backenabstrich
 Speichelprobe

Analyse auf einer schon im Labor vorhandenen Probe erwünscht:

Entnahmedatum :

EINSENDER

Arzt :

Tel./BIP :

Spital :

Abteilung :

- Screening
 Familienanalyse

Suche nach einer bekannten Mutation:

Stammbaum :

DIAGNOSE im Kontext des
Analysenantrags

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

ZUM AUSFÜLLEN UND
UNTERSCHREIBEN :

→ Siehe nächste Seite

Hochdurchsatz-Sequenzierung (NGS) :

IBFM (Inherited Bone Marrow Failure) Panel :

- | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ACD | <input type="checkbox"/> DNAJC21 | <input type="checkbox"/> JAK2 | <input type="checkbox"/> PARN | <input type="checkbox"/> SAMD9 | <input type="checkbox"/> TRNT1 |
| <input type="checkbox"/> ACTN1 | <input type="checkbox"/> ELANE | <input type="checkbox"/> LBR | <input type="checkbox"/> PRF1 | <input type="checkbox"/> SAMD9L | <input type="checkbox"/> WAS |
| <input type="checkbox"/> ALAS2 | <input type="checkbox"/> ERCC6L2 | <input type="checkbox"/> LIG4 | <input type="checkbox"/> RBBP6 | <input type="checkbox"/> SBDS | <input type="checkbox"/> WRAP53 |
| <input type="checkbox"/> ANKRD26 | <input type="checkbox"/> ETV6 | <input type="checkbox"/> MBD4 | <input type="checkbox"/> RPL11 | <input type="checkbox"/> SRP72 | |
| <input type="checkbox"/> ATG2B | <input type="checkbox"/> GATA1 | <input type="checkbox"/> MECOM | <input type="checkbox"/> RPL35A | <input type="checkbox"/> STIM1 | |
| <input type="checkbox"/> ATR | <input type="checkbox"/> GATA2 | <input type="checkbox"/> MPL | <input type="checkbox"/> RPL5 | <input type="checkbox"/> TERC | |
| <input type="checkbox"/> CEBPA | <input type="checkbox"/> GF11 | <input type="checkbox"/> MYH9 | <input type="checkbox"/> RPS19 | <input type="checkbox"/> TERT | |
| <input type="checkbox"/> CTC1 | <input type="checkbox"/> GSKIP | <input type="checkbox"/> MYSM1 | <input type="checkbox"/> RPS26 | <input type="checkbox"/> THPO | <input type="checkbox"/> Volles Panel
(53 Gene) |
| <input type="checkbox"/> DDX41 | <input type="checkbox"/> GSN | <input type="checkbox"/> NHP2 | <input type="checkbox"/> RTEL1 | <input type="checkbox"/> TINF2 | |
| <input type="checkbox"/> DKC1 | <input type="checkbox"/> HAX1 | <input type="checkbox"/> NOP10 | <input type="checkbox"/> RUNX1 | <input type="checkbox"/> TP53 | |

RB1 Panel (inbegriffen MLPA und SNP array)

RB1 Kopplungsanalyse (Fragmentenanalyse)



Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bestätige, dass ich im Rahmen einer genetischen Beratung über die verschiedenen Aspekte der genetischen Untersuchungsmethoden aufgeklärt wurde. Nähere Angaben dazu sind im Informationsblatt „Information für den Patienten“ aufgeführt. Ich habe diese verstanden und hatte die notwendige Bedenkzeit.

Ich gebe mein Einverständnis für die Durchführung folgender Analyse(n):

_____ pränatal postnatal prädiktiv/präsymptomatisch

Für folgende **Erkrankung**: _____

Aus folgender **Probe** (z.B. Blut, Fruchtwasser, Gewebe): _____

Zufallsbefunde: Sollte(n) die Analyse(n) Ergebnisse liefern, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sogenannte „Zufallsbefunde“), wünsche ich, wie folgt über diese Ergebnisse informiert zu werden:

- Veranlagung für Erkrankungen, für die Vorsorge und/oder Behandlung bekannt sind JA NEIN
- Veranlagung für Erkrankungen, für die es zur Zeit keine Vorsorgemassnahmen/Behandlung gibt JA NEIN
- Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen, welche bei den Nachkommen oder in der Verwandtschaft auftreten könnten JA NEIN
- Anderer Entscheid: _____

Falls Sie diese Fragen nicht beantworten, gehen wir davon aus, dass Sie NICHT über Zufallsbefunde orientiert werden möchten.

Aufbewahrung und Verwendung des überschüssigen Untersuchungsmaterials und der Untersuchungsergebnisse (Rohdaten) für ergänzende Untersuchungen

- Ich bin damit einverstanden, dass das überschüssige Untersuchungsmaterial und die Rohdaten für allfällige Nachuntersuchungen aufbewahrt werden. Für zukünftige Untersuchungen ist mein Einverständnis nötig.
Falls Sie NEIN ankreuzen wird Ihre Probe nach der Analyse vernichtet! JA NEIN
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe und meine Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können JA NEIN

Ihre Probe und die erhobenen Daten können auch für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Wenn Sie grundsätzlich mit der Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie einverstanden sind, können Sie dies hier kundtun. Wir werden Sie dann gegebenenfalls für die genaueren Angaben kontaktieren. Dieses grundsätzliche Interesse **beinhaltet noch kein Einverständnis** für die Teilnahme an einer konkreten wissenschaftlichen Studie.

- Prinzipiell bin ich damit einverstanden, dass mein Untersuchungsmaterial und die erhobenen Daten für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können. JA NEIN

Unterschrift: _____ Ort und Datum: _____
(Eltern / rechtlicher Vertreter wo nötig)

Aufklärender Arzt

Ich bestätige, die oben genannte(n) Person(en) gemäß dem geltenden Gendiagnostikgesetz (GUMG) über die genannte(n) genetische(n) Analyse(n) inklusive deren Einschränkungen aufgeklärt zu haben und die mir gestellten Fragen beantwortet zu haben.

Name: _____ Vorname: _____

Unterschrift: _____ Ort und Datum: _____ Stempel: _____