

DEMANDE D'ANALYSE ONCOGENOMIQUE HEREDITAIRE



Centre hospitalier
universitaire vaudois



Service d'hématologie
Laboratoire d'oncogénomique

Réception des laboratoires BH18-100
1011 Lausanne

Tél. : 021 314 33 93

Fax : 021 314 34 44

e-mail : log@chuv.ch

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

Ouverture du laboratoire:

Lundi-vendredi 08h00 – 17h00

PATIENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Réf. :

Date de
prélèvement :

FACTURATION

- Patient
 Demandeur
Accord Assurance
 Oui
 Non

MATERIEL (conserver à température ambiante)

- Sang (héparinate de lithium ou EDTA)
 Biopsie de peau
 Frottis buccal
 Salive

Si analyse souhaitée sur un prélèvement déjà
stocké au laboratoire :

Date du prélèvement :

PROVENANCE

Médecin :

Tél./BIP :

Hôpital :

Service :

- Dépistage
 Analyse familiale

Recherche d'une mutation connue :

Arbre généalogique :

DIAGNOSTIC contextuel à la
demande d'analyse

**FORMULAIRE DE
CONSENTEMENT**

A COMPLETER ET SIGNER :

→ Voir page suivante

Séquençage à haut débit (NGS) :

Panel IBFM (Inherited Bone Marrow Failure) :

- | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| <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"/> Panel complet
(les 53 gènes) |
| <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 | |

Panel RB1 (inclus MLPA et puce ADN)

Analyse de liaison RB1 (analyse de fragments)



Consentement éclairé en vue d'une ou plusieurs analyses génétiques

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Je confirme avoir reçu un conseil génétique qui m'a informé(e) sur les différents aspects des analyses génétiques décrits dans le formulaire « Information au patient », et que j'ai eu suffisamment de temps pour poser des questions et prendre ma décision.

Je donne mon consentement pour l'analyse (les analyses) génétique(s) suivante(s) :

_____ · prénatal · postnatal · pré-symptomatique/prédictif

Relative à la **maladie** suivante : _____

Sur le **prélèvement** suivant (p.ex. sang, liquide amniotique, tissu) : _____

Ma décision relative à la transmission d'éventuels résultats supplémentaires *non prévus* dans l'analyse génétique moléculaire :

Je désire être informé(e) d'une éventuelle modification génétique lorsqu'elle appartient à la catégorie suivante :

- Prédilection à une maladie dont les symptômes peuvent être traités, et dont l'apparition et l'évolution peuvent être surveillées et/ou influencées médicalement : OUI NON
- Prédilection à une maladie pour laquelle il n'existe actuellement pas de traitement : OUI NON
- Etat de porteur (sain) pour une maladie récessive pouvant survenir dans la descendance ou chez des apparentés : OUI NON
- Autre : _____

En l'absence de réponse, nous considérerons que vous ne souhaitez pas prendre connaissance d'éventuels résultats supplémentaires non prévus.

Conservation et utilisation de l'excédent de(s) échantillon(s) et des données d'analyse génétique.

- Je suis d'accord que mes échantillons et mes données des analyses soient conservés pour une éventuelle analyse ultérieure. Dans ce cas, ces analyses ne seraient effectuées que dans mon intérêt et avec mon consentement. *Cocher la case « Non » implique que vos échantillons seront détruits après l'analyse.* OUI NON
- Je suis d'accord avec la conservation et l'utilisation anonyme de mes échantillons et mes données à des fins d'amélioration de la qualité des analyses génétiques. OUI NON

Utilisation de mon échantillon et de mes données pour la recherche.

Par ailleurs, vos échantillons et données des analyses peuvent être utiles pour la recherche. Si vous êtes intéressés par une éventuelle participation à un projet de recherche, vous pouvez l'indiquer ici. Le cas échéant, nous vous recontacterons afin de vous donner plus d'informations. A ce stade, **votre réponse n'implique aucun engagement de votre part.**

- En principe, je suis d'accord que mon échantillon et mes données soient conservés et utilisés pour la recherche. OUI NON

Signature : _____ Lieu et date : _____
(parent/représentant légal le cas échéant)

Médecin demandeur :

Conformément à la loi sur l'analyse génétique humaine (LAGH), j'ai dûment expliqué la procédure de l'analyse génétique y compris les limites à la personne nommée ci-dessus et répondu aux questions qu'elle souhaitait poser.

Nom : _____ Prénom : _____

Signature : _____ Lieu et date : _____ Timbre :