

Demande d'analyse Pill Protect[®]

GENE PREDICTIS[®] S.A.

Laboratoire d'analyses médicales

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CH-1015 Lausanne

Tél.: +41 21 691 43 75 – Fax: +41 21 691 43 76 - labo@genepredictis.com

Biologiste responsable : Dre K. AFSHAR PhD, FAMH Génétique Médicale



DONNEES PATIENTS	MEDECIN DEMANDEUR
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre Nom : _____ Prénom : _____ D. naissance : _____ Adresse 1 : _____ Adresse 2 : _____ CP : _____ Localité : _____ Ass. LaMal : _____ N° assuré : _____ N° AVS13 756. _____ Primeo : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(Timbre ou coordonnées et n° RCC) Copie à : _____ Merci de rédiger le rapport en : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Italien Traduction demandée en (en sus¹) : <input type="checkbox"/> Russe <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Chinois simplifié Date de prélèvement : _____ <input type="checkbox"/> Frottis buccal <input type="checkbox"/> Sang-EDTA
FACTURATION : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Assurance <input type="checkbox"/> Autre (fournir coordonnées complètes ci-dessous)	
Indication :	
Renseignement clinique :	

PoidsKg
Taillem
Tabac	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ancien fumeur cig/jour
Alcool	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non verres/jour
Activité physique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heures/semaine
Hypertension	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Thromboses/embolies pulmonaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Détails :
Maladies cardiovasculaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Cholestérol	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Allergies (alimentaires ou médicamenteuses) :	
Ménopause	<input type="checkbox"/> pré <input type="checkbox"/> post
Autres maladies :	

Demande d'analyse Pill Protect[®]

GENE PREDICTIS[®] S.A.

Laboratoire d'analyses médicales

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CH-1015 Lausanne

Tél.: +41 21 691 43 75 – Fax: +41 21 691 43 76 - labo@genepredictis.com

Biologiste responsable : Dre K. AFSHAR PhD, FAMH Génétique Médicale



Pilules contraceptives pour lesquelles une estimation de risque est souhaitée (maximum 3) :

Contraception actuelle :

Durée de la contraception actuelle :

Ancienne contraception (nom et durée) :

Autres traitement actuels (nom et dosage) :

Anamnèse familiale

Maladies cardiovasculaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	lien familial et détails :
Thromboses/embolies	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	lien familial et détails :
Diabète	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	lien familial :
Ostéoporose	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	lien familial :
Obésité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	lien familial :
Hypertension	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	lien familial :
Autres maladies		

Demande d'analyse Pill Protect[®]

GENE PREDICTIS[®] S.A.

Laboratoire d'analyses médicales

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CH-1015 Lausanne

Tél.: +41 21 691 43 75 – Fax: +41 21 691 43 76 - labo@genepredictis.com

Biologiste responsable : Dre K. AFSHAR PhD, FAMH Génétique Médicale



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ EN VUE D'ANALYSES GÉNÉTIQUES

Nom : Prénom : Date de naissance :

"Je certifie par ma signature que j'ai reçu un conseil génétique qui m'a informé sur les analyses proposées et qu'il m'a été accordé suffisamment de temps pour réfléchir et poser des questions.

Je déclare être d'accord pour que soient effectuées les analyses génétiques suivantes :

- Analyse en vue du diagnostic d'une affection génétique (nom de la maladie) :
- Pharmacogénétique : analyse moléculaire pour l'identification de polymorphismes ou variants génétiques liés au métabolisme des substances actives (médicaments) que je prends ou que je prévois de prendre.
- Analyse moléculaire pour la recherche de susceptibilités et/ou de prédispositions génétiques selon les profils de Gene Predictis[®] SA.

Sur le prélèvement suivant : frottis buccal prélèvement sanguin

Ma décision pour la conservation de mon matériel génétique est :

Autant que possible, mon matériel sera conservé après la recherche pour d'autres analyses éventuelles, qui n'interviendront que dans mon intérêt et avec mon accord. OUI NON

Si vous cochez « non », le matériel biologique sera détruit après analyse.

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 NO

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

Mon adresse e-mail est :

Signature : Lieu et date :
(parent ou représentant légal si applicable)

Le médecin requérant :

"J'ai raisonnablement informé la personne susnommée sur les méthodes et leurs limites et j'ai répondu à ses questions, conformément à la loi sur l'analyse génétique humaine (LAGH)."

Nom du médecin requérant :

Domicile du médecin requérant :

Lieu, date : timbre et signature :