

Demande d'analyses génétiques – médecine interne

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"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____ Adresse 1 : _____ Adresse 2 : _____ NPA : _____ Localité : _____ Ass. LaMal : _____ N° assuré : _____ N° AVS : 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 Date de prélèvement : _____
FACTURATION : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Assurance <input type="checkbox"/> Autre (fournir coordonnées complètes ci-dessous)	
Origine ethnique :	
Indications :	
Renseignements cliniques:	

Poids : Kg Taille : m
Tabac : <input type="checkbox"/> oui ___ cig/jour <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ancien fumeur
Maladies :
Allergies :
Médicaments (doses) :
Anamnèse familiale (lien de parenté):

Demande d'analyses génétiques – médecine interne

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



- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>MTHFR</i> | <input type="checkbox"/> <i>Intolérance au gluten (prédisposition)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>FV (Facteur V)</i> | <input type="checkbox"/> <i>Intolérance au lactose (prédisposition)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>FII (Facteur II)</i> | <input type="checkbox"/> <i>GLU-LCT</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>HFE (Hémochromatose)</i> | <input type="checkbox"/> <i>Statines (métabolisme et toxicité)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>HLA-B27</i> | |

Pour les analyses pharmacogénétiques, oncogénétiques et les profils génétiques se référer aux formulaires spécifiques

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 :