

Antrag auf onkogenetische Analysen

GENE PREDICTIS® S.A.

Labor für medizinische Analysen

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CH-1015 Lausanne

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

Verantwortlicher Biologe: Dre K. AFSHAR PhD, FAMH Medizinische Genetik



PATIENTENDATEN	ANFORDERNDER ARZT
<p><input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Anderes</p> <p>Name : _____</p> <p>Vorname : _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Adresse 1 : _____</p> <p>Adresse 2 : _____</p> <p>CP : _____</p> <p>Ort : _____</p> <p>Ass. LaMal : _____</p> <p>Versicherten-Nr.: _____</p> <p>AHV-NR.: 756. _____</p> <p>Primeo : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>(Stempel oder Kontaktdaten und ZSR-Nr.)</p> <hr/> <p>Kopie an: _____</p> <p>Bitte verfassen Sie den Bericht in :</p> <p><input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Englisch</p> <p><input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Italienisch</p> <p>Traduction demandée en (en sus¹) :</p> <p><input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Spanisch</p> <p><input type="checkbox"/> Chinesisch vereinfacht</p> <p>Datum der Abbuchung: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mundabstrich <input type="checkbox"/> Blut-EDTA</p>
<p>RECHNUNGSSTELLUNG : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Andere (vollständige Kontaktdaten unten angeben)</p>	
<p>Anzeige:</p>	
<p>Klinische Information:</p>	

ANGEFORDERTE ANALYSE(N) :

Blut-EDTA – 2 Röhrchen (2-5ml) :

Brust- und/oder Eierstockkrebs (NGS et MLPA⁽²⁾) :

BRCA1 & BRCA2

Brust⁽²⁾: BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53, CDH1, BARD1

Eierstock⁽²⁾: BRCA1, BRCA2, PALB2, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, RAD51C, RAD51D, EPCAM

Sein&Eierstock⁽²⁾: BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53, RAD51C, RAD51D

Sein&Eierstock long^(2;1): BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53, CDH1, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, RAD51C, RAD51D, EPCAM

⁽¹⁾ Für Panels mit mehr als 10 Genen ist ein Antrag durch einen ärztlichen Genetiker erforderlich.

Zusätzliches Gen (aus den in diesem Antrag genannten Genen auszuwählen):

Prostatakrebs (NGS et MLPA⁽²⁾) :

BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, PALB2, EPCAM, HOXB13, NBN

Darmkrebs (NGS et MLPA⁽²⁾) :

Lynch-Syndrom/ HNPCC : MLH1, MSH2, MSH6, EPCAM, PMS2

Polyposis: APC, MUTYH

Antrag auf onkogenetische Analysen

GENE PREDICTIS® S.A.

Labor für medizinische Analysen

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CH-1015 Lausanne

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

Verantwortlicher Biologe: Dre K. AFSHAR PhD, FAMH Medizinische Genetik



Bekannte familiäre Mutation (Sanger):

Gen: Mutation : Krebsart:

Sonstige Informationen:

Blut-EDTA – 1 Röhrchen (2-5ml) :

Onko-pharmakogenetische Analysen :

CYP2D6 (Tamoxifen)

TPMT (Thiopurine)

DPD (5-Fluorouracil)

UGT1A1 (Irinotecan)

CYPASS (umfassende Analyse von Cytochromen, Transportern und Enzymen der Phase II)

Für weitere Analysen beziehen Sie sich bitte auf unser pharmakogenetisches Antragsblatt.

⁽²⁾ Diese Analysen werden in einem externen Labor durchgeführt.

Antrag auf onkogenetische Analysen

GENE PREDICTIS® S.A.

Labor für medizinische Analysen

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CH-1015 Lausanne

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

Verantwortlicher Biologe: Dre K. AFSHAR PhD, FAMH Medizinische Genetik

Gemass



Schweizerische
Gesellschaft für
Medizinische Genetik

Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen

November 2015

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): _____

- Ich bin damit einverstanden, dass, falls notwendig, ein technischer Schritt meiner Analyse in einem kompetenten, akkreditierten ausländischen Labor durchgeführt werden kann, in Übereinstimmung mit den Bedingungen, die durch die in der Schweiz geltenden Gesetze und Vorschriften, einschliesslich des Datenschutzes, verlangt werden. JA NEIN

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: _____