

# Demande d'analyses onco-génétiques

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](mailto: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  | (Timbre ou coordonnées et n° RCC)                                  |
| Nom : _____   |  |
| Prénom : _____  |  |
| Né(e) le : _____  | Copie à : _____  |
| Adresse 1 : _____   | <b>Merci de rédiger le rapport en :</b>                            |
| Adresse 2 : _____   | <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais |
| NPA : _____   | <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Italien |
| Localité : _____  |  |
| Ass. LaMal : _____  |  |
| N° assuré : _____   |  |
| N° AVS : 756. _____   | Date de prélèvement : _____  |
| Primeo : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |  |
| <b>FACTURATION :</b> <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:   |  |

|   |
|---|
| <b>ANALYSES DEMANDÉE(S) :</b>   |
| <b>Sang-EDTA – 2 tubes (2-5ml) :</b>  |
| <b>Cancer du sein et/ou de l'ovaire (NGS et MLPA<sup>(1)</sup>) :</b>   |
| <input type="checkbox"/> BRCA1 & BRCA2  |
| <input type="checkbox"/> Sein: BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53, CDH1, BARD1  |
| <input type="checkbox"/> Ovaire : BRCA1, BRCA2, PALB2, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, RAD51C, RAD51D, EPCAM   |
| <input type="checkbox"/> Sein&ovaire: BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53, RAD51C, RAD51D  |
| <input type="checkbox"/> Sein&ovaire long <sup>(2)</sup> : BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53, CDH1, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, RAD51C, RAD51D, EPCAM |
| <sup>(1)</sup> Ces analyses selon la disponibilité pour certains gènes sont effectuées dans un laboratoire externe  |
| <sup>(2)</sup> Une demande par un médecin généticien est nécessaire pour l'analyse de plus de 10 gènes.   |
| <input type="checkbox"/> Gène additionnel (à choisir parmi les gènes cités sur cette demande) : .....   |
| <b>Cancer de la prostate (NGS et MLPA<sup>(2)</sup>) :</b>  |
| <input type="checkbox"/> BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, PALB2, EPCAM, HOXB13, NBN  |
| <b>Cancer du côlon (NGS) :</b>  |
| <input type="checkbox"/> Syndrome de Lynch/ HNPCC : MLH1, MSH2, MSH6, EPCAM, PMS2   |
| <input type="checkbox"/> Polypose: APC, MUTYH   |

# Demande d'analyses onco-génétiques

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](mailto:labo@genepredictis.com)

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



## Mutation familiale connue (Sanger):

Gène : ..... Mutation : ..... Type de cancer : .....

Autre information :

## Sang-EDTA – 1 tube (2-5ml) :

### Analyses onco-pharmacogénétique :

CYP2D6 (Tamoxifène)

TPMT (Thiopurine)

DPD (5-Fluorouracil)

UGT1A1 (Irinotecan)

CYPASS (analyse complète des cytochromes, de transporteurs et d'enzymes de phase II)

Pour d'autres analyses, se référer à notre feuille de demande pharmacogénétique

# Demande d'analyses onco-génétiques

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](mailto:labo@genepredictis.com)

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



Décembre 2015

## 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) : \_\_\_\_\_

- Je suis d'accord que, si cela est nécessaire, une étape technique de mon analyse pourra être effectuée dans un laboratoire étranger compétent accrédité, en conformité avec les conditions exigées par la loi et les règlements en vigueur en Suisse, incluant la protection des données.  OUI  NON

### 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, **vos 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 :