Institut Central des Hôpitaux
Zentralinstitut der Spitäler

DEMANDE D'ANALYSES
GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

Médecin / service

NLAB

B

Facture à : ☐ Patient ☐ Requérant ☐ Autre : _____
☐ Assurance (indiquer l'assurance et le nº d'assuré) _____

Prélèvement : date et heure ☐ Prélèvement au laboratoire

Jour	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Mois	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.				
Heure	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23				
Minute	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55					

PATIENT
Nom :
Prénom :
Adresse :
NPA Lieu :
Né(e) :
Sexe : ☐ M ☐ F

☐ Copies à :

Indication de la demande :

Pour rappel : le médecin doit obtenir le consentement éclairé du patient pour tout test génétique.
Pour tout diagnostic présymptomatique et prénatal ainsi que pour toute recherche du statut de porteur, le consentement écrit doit être obtenu (formulaire : www.hopitalvs.ch/genetique-consentement).

Rendez-vous pour une consultation génétique spécialisée: ich.genetique@hopitalvs.ch, 027 603 47 80.

Origine ethnique
du père : _____
de la mère : _____

Lorsque l'analyse est terminée l'ADN du patient doit être : ☐ Conservé dans le laboratoire pour d'autres analyses personnelles ☐ Détruit

HÉMATOLOGIE

- 6 ☐ Mutation facteur II (prothrombine)
- 6 ☐ Mutation facteur V (Leiden)
- 6 ☐ Hémochromatose familiale
  Mutations *HFE* C282Y et H63D

Syndrome myéloprolifératif :

- 6 ☐ Polycythemia vera
  (panel NGS pour *JAK2* V617F et exon 12)
- 6 ☐ Thrombocytémie essentielle et myélofibrose primaire
  (panel NGS pour *JAK2* V617F, *CALR* exon 9, et *MPL* exon 10)
- 3 x 7 ☐ BCR-ABL
  (analyse de suivi des transcrits p210)

GÉNÉTIQUE GÉNÉRALE

- 6 ☐ Extraction d'ADN pour mise en banque
- 6 ☐ HLA-B27 (génotype)
- 6 ☐ ! Lactose, intolérance primaire
  (*LCT*, mutation -13910T>C)
- 6 ☐ Cœliakie (HLA-DQ2 et HLA-DQ8)
- 6 ☐ Mucoviscidose
  (screening mutations *CFTR* fréquentes)
- 7 ☐ X-Fragile (expansion *FMR1*)
- 6 ☐ *UGT1A*, allèles A(TA)5-8TAA
  (pharmacogénétique)
- α_1-antitrypsine (*SERPINA1*) :
  - 6 ☐ Allèles S et Z
  - 6 ☐ Si S et Z négatif : séquençage du gène complet

! Conditions spéciales : consulter le Vadémécum

Infertilité / stérilité :

- 6 ☐ CBAVD
  (screening mutations *CFTR* fréquentes)
- 6 ☐ Microdélétions Y (AZF a, b, c)
- 7 ☐ Ménopause précoce
  (FXPOI, expansion *FMR1*)

Hypercholestérolémie familiale

- 7 ☐ Panel de base
  (*LDLR, APOB, PCSK9*)
- 7 ☐ Panel de base+ (*LDLR, APOB, PCSK9, APOE* p.Leu167del)
- 7 ☐ Panel élargi (*LDLR, APOB, PCSK9, LDLRAP1, APOE*)

Dépistage variant pathogène familial :

- 6 ☐ Gène : _____
  Variant : _____

PRÉDISPOSITIONS AU CANCER

Panel NGS pour les cancers suivants :

- 7 ☐ Sein
  - 7 ☐ *CDH1*
- 7 ☐ Ovaires
- 7 ☐ Colorectal (panel complet)
  - 7 ☐ Syndrome de Lynch
  - 7 ☐ Polypose adénomateuse familiale (*APC, MUTYH*)
- 7 ☐ Estomac
- 7 ☐ Prostate
- 7 ☐ Pancréas
- 7 ☐ Mélanome
- 7 ☐ Gènes additionnels : _____

Consultation génétique spécialisée obligatoire.
Détails des gènes analysés : https://vademecum.institutcentral.ch.

Veuillez consulter le Vadémécum (https://vademecum.institutcentral.ch) pour l'information concernant les analyses sous-traitées. ☐ En attente de l'accord de l'assurance.

Matériel de prélèvement : 6 ☐ Monovette® EDTA KE, 2,7 mL 7 ☐ Monovette® EDTA KE, 7,5 mL

Analyses cytogénétiques au verso

Autres analyses (à spécifier) ; remarques importantes :

Par sa signature, le médecin demandeur atteste avoir informé la personne concernée selon les obligations légales en vigueur (y compris du coût éventuel des analyses non prises en charge par les caisses maladies) et avoir reçu son consentement.

Lieu, date : **Signature du médecin obligatoire :**

CONTACT:
Thomas von Känel, PhD
Tél.: 027 603 48 50
thomas.vonkaenel@hopitalvs.ch

☐ Cocher ici pour obtenir des feuilles de demande de génétique médicale.
Lien pour consulter la dernière version de la feuille de demande de génétique médicale : www.hopitalvs.ch/genetique-demande.
Pour la prescription connectée, veuillez prendre contact avec le laboratoire (027 603 48 50).

P1 P2 1 2 4 8 16 32

Institut Central des Hôpitaux - Zentralinstitut der Spitäler - Avenue du Gd. Champsec 86 - CP 800 - 1951 SION - T: +41 (0)27 603 4800 - LABORATOIRES : Brigue, Viège, Sierre, Sion, Martigny, Riviera-Chablais.

Les informations de la «Liste des analyses» sur le site internet de l'Hôpital du Valais ou de l'Hôpital Riviera-Chablais font partie intégrante de la présente feuille de demande
Le personnel hospitalier autorisé aura accès au résultat de l'analyse demandée en cas d'hospitalisation du patient

675677_ICH_2024_1_GM ©ICH

Institut Central des Hôpitaux
Zentralinstitut der Spitäler

DEMANDE D'ANALYSES
CYTOGÉNÉTIQUE

Prière de compléter les données du patient et de signer la feuille au recto.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES fournis par le prescripteur

PRÉNATAL

Geste:
Pare:

Age gestationnel (semaines + jours) _____

- ☐ Suite à dépistage à risque (résultat) _____
  - ☐ 1er TT ☐ 2ème TT
- ☐ Suite à DPNI (résultat) _____
- ☐ Antécédent d'aneuploïdie
- ☐ Anomalie chromosomique familiale _____
- ☐ Malformations fœtales à l'échographie _____
  - ☐ Clarté nucale augmentée _____
  - ☐ Hygroma colli
  - ☐ Malformation(s) (précisez) _____
- ☐ Retard croissance intra-utérin
- ☐ Age maternel > 35 ans
- ☐ Inquiétude parentale
- ☐ Autre(s) _____

POSTNATAL

- ☐ Infertilité
- ☐ Bilan de Procréation Médicalement Assistée (PMA)
- ☐ Fausses couches à répétition
- ☐ Suspicion d'anomalie chromosomique:
  - ☐ Trisomie 21 ☐ chromosomes sexuels _____
  - ☐ Autre _____
- ☐ Petite taille/Retard croissance _____
- ☐ Autre(s) _____

PRÉLÈVEMENT (DATE _____/_____/_____)

PRÉNATAL

- ☐ Villosités choriales **Tm**
  Pour exclure la contamination maternelle du prélèvement, prélever 5ml de sang EDTA de la mère. Remplir une demande distincte.
- ☐ Liquide amniotique **Ts**
  Pour exclure la contamination maternelle du prélèvement, prélever 5ml de sang EDTA de la mère. Remplir une demande distincte.
- ☐ Sang de cordon
  - ☐ EDTA (array-CGH et QF-PCR)
  - ☐ Héparine (caryotype)
- ☐ Tissu fœtal **Tm ou NaCl 0.9%** _____
  - ☐ Peau fœtale ☐ Cordon ☐ Produit de curetage
  Pour exclure la contamination maternelle du prélèvement, prélever 5ml de sang EDTA de la mère. Remplir une demande distincte.
- ☐ Placenta **Tm ou NaCl 0.9%**
- 7 ☐ Sang de la mère pour exclure une contamination maternelle du matériel du fœtus

POSTNATAL

- ☐ Sang veineux
  - 7 ☐ Array-CGH et QF-PCR
  - 2 ☐ Caryotype
- ☐ Peau **Tm ou NaCl 0,9%**
- ☐ Frottis buccal **E**
- ☐ ADN
- ☐ Autre(s) _____

ANALYSES

LABORATOIRE DE CYTOGÉNÉTIQUE CONVENTIONNELLE:

- 2 ☐ Caryotype (+ culture)
- 2 ☐ FISH (hybridation *in situ* en fluorescence)
- 7 ☐ QF-PCR (diagnostic rapide des aneuploïdies 13/18/21/X/Y)
- ☐ Dosage des AFP
- ☐ Autre(s) _____

LABORATOIRE DE CYTOGÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE:

- 7 ☐ Array-CGH (microarray)
  Si situation prénatale, sang des parents recommandé. Remplir une demande distincte.
- 7 ☐ Extraction ADN et mise en banque en vue d'analyse ultérieure

2 Monovette® Li-Heparin LH, 4,9 mL (nouveau-né 0,5 mL)
7 Monovette® EDTA KE, 7,5 mL (nouveau-né 0,5 mL)

Tm = Tube + milieu de transport
Ts = Tube stérile
E = Ecouvillon pour frottis buccal

Informations complémentaires utiles, autre analyse spécifique, ordre souhaité (pour une combinaison d'analyses):

Veuillez contacter le laboratoire pour le dépistage prénatal non-invasif (DPNI) (027 603 48 50).
Les analyses de cytogénétique conventionnelle et moléculaire sont effectuées en sous-traitance.

P1 P2 1 2 4 8 16 32

Les informations de la «Liste des analyses» sur le site internet de l'Hôpital du Valais ou de l'Hôpital Riviera-Chablais font partie intégrante de la présente feuille de demande
Le personnel hospitalier autorisé aura accès au résultat de l'analyse demandée en cas d'hospitalisation du patient

675677_ICH_2024_1_GM ©ICH

Institut Central des Hôpitaux - Zentralinstitut der Spitäler - Avenue du Gd. Champsec 86 - CP 800 - 1951 SION - T: +41 (0)27 603 4800 - LABORATOIRES : Brigue, Viège, Sierre, Sion, Martigny, Riviera-Chablais.