

Médecin / service

NLAB

Facture à :  Patient  Requérant  Autre :

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](http://www.hopitalvs.ch/genetique-consentement)).

Rendez-vous pour une consultation génétique spécialisée: [genetique@hopitalvs.ch](mailto:genetique@hopitalvs.ch), 027 603 47 80.

Origine ethnique

du père :

de la mère :

Mise en banque de l'ADN Lorsque l'analyse est terminée l'ADN du patient doit être :

Conservé dans le laboratoire pour d'autres analyses personnelles  Utilisé (après avoir été anonymisé) pour des projets de recherche  Détruit

### HÉMATOLOGIE

Mutation facteur II (prothrombine)

Mutation facteur V (Leiden)

Hémochromatose familiale  
Mutations HFE C282Y et H63D

**Syndrome myéloprolifératif:**

Polycythemia vera  
(panel NGS pour JAK2 V617F et exon 12)

Thrombocytémie essentielle  
et myélofibrose primaire  
(panel NGS pour JAK2 V617F,  
CALR exon 9, et MPL exon 10)

### GÉNÉTIQUE GÉNÉRALE

HLA-B27 (génotype)

Lactose, intolérance primaire  
(LCT, mutation -13910T>C)

Cœliakie (HLA-DQ2 et HLA-DQ8)

α<sub>1</sub>-antitrypsine  
(SERPINA1, allèles S et Z)

Mucoviscidose  
(screening mutations CFTR fréquentes)

X-Fragile (expansion FMR1)

Génotypage ABCB1  
(variants rs2032583 et rs2235015)

UGT1A, allèles A(TA)<sub>n</sub>-8TAA  
(pharmacogénétique)

**! Conditions spéciales: Consulter la listes  
des analyses ICH sur le site internet.**  
Note: pour les analyses somatiques,  
cf. Service de Pathologie

**Infertilité/stérilité:**

CBAVD  
(screening mutations CFTR fréquentes)

Microdélétions Y (AZF a, b, c)<sup>1</sup>

Ménopause précoce  
(FXPO1, expansion FMR1)

**Panels NGS  
(séquençage à haut débit):**

Hypercholestérolémie familiale  
(LDLR, APOB, PCSK9)

Polykystose rénale dominante  
(PKD1, PKD2)

**Dépistage mutation familiale:**  
Veuillez préciser la mutation à rechercher

<sup>1</sup> sang sur EDTA ou hépariné

### PRÉDISPOSITIONS AU CANCER

**Panel NGS 27 gènes prédisposant  
au cancer<sup>2</sup>. Analyse des gènes suivants:**

Tous les 27 gènes

BRCA1, BRCA2  
(cancer du sein et de l'ovaire)

MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM  
(syndrome de Lynch/HNPCC)

APC, MUTYH (polypose adénomateuse)

ATM  BARD1  BLM

BRIP1  CDH1  CHEK2

FAM175A  MEN1  MRE11

NBN  PALB2  PTEN

RAD50  RAD51C  RAD51D

STK11  TP53  XRCC2

<sup>2</sup> consultation génétique spécialisée obligatoire

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

Analyses cytogénétiques au verso

Autre(s) analyse(s) 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 4850  
Fax: 027 603 4857  
[thomas.vonkaenel@hopitalvs.ch](mailto: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](http://www.hopitalvs.ch/genetique-demande).

Pour la prescription connectée, veuillez prendre contact avec le laboratoire (027 603 47 80).

P1 P2 1 2 4 8 16 32

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES fournis par le prescripteur

PRÉNATAL

Age gestationnel (semaines + jours) \_\_\_\_\_  
Date des dernières règles (DR) \_\_\_\_\_  
Selon ultrasons (US) \_\_\_\_\_ (SA)  
 Suite à dépistage à risque (résultat) \_\_\_\_\_  
 1<sup>er</sup> TT  2<sup>ème</sup> 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) \_\_\_\_\_

Geste:

Pare:

POSTNATAL

Infertilité  
 Bilan de Procréation Médicalement Assistée (PMA)  
 Fausses couches à répétition  
 Suspicion d'anomalie chromosomique:  
 Trisomie 21  chromosomes sexuels \_\_\_\_\_  
 Autre \_\_\_\_\_  
 Retard du développement/Retard mental  
 Troubles du comportement/Autisme  
 Epilepsie  
 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 B  
Pour exclure la contamination maternelle du prélèvement, prélever 5ml de sang EDTA de la mère. Remplir une demande distincte.  
 Sang fœtal  
 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%  
 Sang de la mère pour exclure une contamination maternelle du matériel du fœtus

POSTNATAL

Sang veineux  
 Array-CGH et QF-PCR  Caryotype  
 Peau Tm ou NaCl 0,9%  
 Frottis buccal E  
 ADN  
 Autre(s) \_\_\_\_\_

ANALYSE(S)

LABORATOIRE DE CYTOGÉNÉTIQUE CONVENTIONNELLE:

Caryotype (+ culture)  
 Culture seule  
 FISH (Hybridation *in situ* en fluorescence)  
 Interphasique, chromosome: \_\_\_\_\_  
 Métaphasique, locus: \_\_\_\_\_  
 Multi-FISH télomères: \_\_\_\_\_  
 QF-PCR (Diagnostic rapide des aneuploïdies 13/18/21/X/Y)  
 Lignée lymphoblastoïde  
 Dosage des AFP  
 Autre(s) \_\_\_\_\_

LABORATOIRE DE CYTOGÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE:

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

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

Monovette® EDTA KE, 7,5 mL (nouveau-né 0,5 mL)

Tm = Tube + milieu de transport\*

B = Boîte stérile\*

E = Ecouvillon pour frottis buccal\*

\*Fourni par le laboratoire

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

**Veillez 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.

