

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.

**NLAB**

**Facture à :**  Patient  Requérant  Autre: \_\_\_\_\_  
 Assurance (indiquer l'assurance et le n° 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

Origine ethnique

du père : \_\_\_\_\_

de la mère : \_\_\_\_\_

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: [ich.genetique@hopitalvs.ch](mailto:ich.genetique@hopitalvs.ch), 027 603 47 80.

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

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

BCR-ABL  
(analyse de suivi des transcrits p210)

**GÉNÉTIQUE GÉNÉRALE**

Extraction d'ADN pour mise en banque

HLA-B27 (génotype)

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

Cœliakie (HLA-DQ2 et HLA-DQ8)

Mucoviscidose  
(screening mutations *CFTR* fréquentes)

*UGT1A*, allèles A(TA)<sub>n</sub>GAA  
(pharmacogénétique)

α<sub>1</sub>-antitrypsine (*SERPINA1*):

Allèles S et Z

Si S et Z négatif: séquençage du gène complet

Autres analyses moléculaires (à définir)

**! Conditions spéciales:**  
consulter le Vadémécum

**Infertilité / stérilité :**

CBAVD  
(screening mutations *CFTR* fréquentes)

Microdélétions Y (AZF a, b, c)

Ménopause précoce  
(FXPOI, expansion *FMR1*)

Caryotype

**NGS et array-CGH**

Exome (panel à définir)\*

Hypercholestérolémie familiale (*LDLR*, *APOB*, *PCSK9*, *LDLRAP1*, *APOE* p.Leu167del)

Array-CGH

**Dépistage variant pathogène familial :**

Gène: \_\_\_\_\_

Variant: \_\_\_\_\_

**PRÉDISPOSITIONS AU CANCER**

**Panel NGS pour les cancers suivants\* :**

Sein

Ovaires

Colorectal (panel complet)

Syndrome de Lynch

Polypose adénomateuse familiale (*APC*, *MUTYH*)

Estomac

Prostate

Pancréas

Mélanome

Autre panel: \_\_\_\_\_

Gènes additionnels: \_\_\_\_\_

\*Consultation génétique spécialisée obligatoire. Détails des gènes analysés: <http://vademecum.institutcentral.ch>.

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

**Analyses prénatales et produits de fausses couches : veuillez contacter le laboratoire.**

**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](mailto:thomas.vonkaenel@hopitalvs.ch)  
[ich.labo.genetique@hopitalvs.ch](mailto:ich.labo.genetique@hopitalvs.ch)

Arzt / Abteilung

**NLAB**

Rechnung an:  Patient  Einsender  Andere: \_\_\_\_\_

Versicherung (Versicherung und Versichertennummer angeben): \_\_\_\_\_

**Datum und Zeit der Probenentnahme**  Probenentnahme im Labor

Tag:  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

Monat:  Jan  Feb  März  Apr  Mai  Jun  Jul  Aug  Sept  Okt  Nov  Dez

Stunde:  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**  
Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  M  F

Herkunft  
des Vaters: \_\_\_\_\_  
der Mutter: \_\_\_\_\_

Kopie:

**Klinische Indikation:**

Zur Erinnerung: Der verordnende Arzt muss für jede genetische Untersuchung das Einverständnis des Patienten einholen. Bei präsymptomatischen und pränatalen Tests sowie bei Trägerabklärungen ist das schriftliche Einverständnis obligatorisch (Formular: [www.spitalwallis.ch/genetik-einverstaendnis](http://www.spitalwallis.ch/genetik-einverstaendnis)).

Terminvereinbarung für eine spezialisierte genetische Beratung: [ich.genetique@hopitalvs.ch](mailto:ich.genetique@hopitalvs.ch), 027 603 47 80.

Nach Abschluss der Untersuchung soll die DNA  im Labor für weitere persönliche Analysen aufbewahrt werden  vernichtet werden

**HÄMATOLOGIE**

Faktor-II-Mutation (Prothrombin)  
 Faktor-V-Mutation (Leiden)

Familiäre Hämochromatose Mutationen *HFE C282Y* und *H63D*

**Myeloproliferatives Syndrom:**

Polycythaemia vera (NGS-Panel *JAK2 V617F* und Exon 12)  
 Essentielle Thrombozythämie und primäre Myelofibrose (NGS-Panel *JAK2 V617F*, *CALR* Exon 9, und *MPL* Exon 10)

BCR-ABL (Folgeanalyse für das Transkript p210)

**ALLGEMEINE GENETIK**

DNA-Extraktion für Banking  
 HLA-B27 (Genotyp)  
 Lactose, primäre Intoleranz (*LCT*, Mutation -13910T>C)  
 Zöliakie (HLA-DQ2 und HLA-DQ8)  
 Cystische Fibrose (Häufigste *CFTR*-Mutationen)  
 *UGT1A*, Allele A(TA)<sub>n</sub>-8TAA (Pharmakogenetik)  
  $\alpha_1$ -Antitrypsin (*SERPINA1*):  
 Allele S und Z  
 Falls S und Z negativ: Sequenzierung des ganzen Gens  
 Andere molekulare Analysen (zu definieren)

**Infertilität/Sterilität:**

CBAVD (Häufigste *CFTR*-Mutationen)  
 Y-Mikrodeletionen (AZF a, b, c)  
 Frühzeitige Menopause (*FXPOI*, *FMR1*-Expansion)

Karyotyp

**NGS und Array-CGH**

Exom (Panel zu definieren)\*  
 Familiäre Hypercholesterinämie (*LDLR*, *APOB*, *PCSK9*, *LDLRAP1*, *APOE* p.Leu167del)  
 Array-CGH

**Abklärung von familiären Mutationen:**

Gen: \_\_\_\_\_  
Variante: \_\_\_\_\_

**! Sonderbedingungen :** Bitte das Vademecum des ZIS konsultieren.

**KREBSPRÄDISPOSITION**

**NGS-Panel für folgende Krebsprädispositionen\*:**

Brust  
 Ovarien  
 Kolorektal (komplettes Panel)  
 Lynch-Syndrom  
 FAP (*APC*, *MUTYH*)

Magen  
 Prostata  
 Pankreas  
 Melanom  
 Anderes Panel: \_\_\_\_\_  
 Weitere Gene: \_\_\_\_\_

\*Spezialisierte genetische Beratung obligatorisch. Details der untersuchten Gene: <https://vademeccum.institutcentral.ch>.

Bitte konsultieren das Vademecum (<https://vademeccum.institutcentral.ch>) für Informationen bezüglich der in Partnerlabors durchgeführten Analysen.  Kostengutsprache der Krankenkasse abwarten.

**Material:**  Monovette® EDTA KE, 2,7 mL  Monovette® EDTA KE, 7,5 mL  Monovette® Li-Heparin LH, 4,9 mL (Neugeborenes 0,5 mL)

**Pränatale Analysen und Fehlgeburten: Bitte wenden Sie sich an das Labor.**

**Andere Analysen; wichtige Bemerkungen:**

**Mit seiner Unterschrift bestätigt der anfordernde Arzt, dass er die betroffene Person nach den geltenden gesetzlichen Vorschriften aufgeklärt und ihr Einverständnis eingeholt hat (einschliesslich bezüglich der Analysenkosten, welche allenfalls von der Krankenkasse nicht übernommen werden).**

Ort und Datum:

Unterschrift des anfordernden Arztes erforderlich:

**KONTAKT:**

Thomas von Känel, PhD  
Tel.: 027 603 48 50  
[thomas.vonkaenel@hopitalvs.ch](mailto:thomas.vonkaenel@hopitalvs.ch)  
[ich.labo.genetique@hopitalvs.ch](mailto:ich.labo.genetique@hopitalvs.ch)