

ANALYSES GÉNÉTIQUES POUR FUTURS PARENTS: DEMANDE D'ANALYSE

Nous vous prions de remplir le formulaire suivant. Un formulaire individuel doit être remplie pour chaque membre du couple.

Ces tests de dépistage pour l'état de porteur ne sont pas couverts par l'assurance maladie. Dans le cas de tests diagnostiques (par ex. pour des troubles de la fertilité), prière d'utiliser le module de demande standard. Pour les coûts des divers panneaux et tests, prière de contacter SYNLAB.

Choix	Plateaux proposés	FC	SMA	XFRA	Hemo	Caryo
<input type="radio"/>	Base, Lui	●	*	–	●	–
<input type="radio"/>	Base, Elle	*	●	●	●	–
<input type="radio"/>	Complet	●	●	●	●	●
<input type="radio"/>	Personnalisé	○	○	○	○	○

FC – fibrose kystique; SMA - atrophie musculaire spinale; XFRA – X fragile; Hemo – hémoglobinopathies; Caryo – caryotype. * FC et SMA: il est possible d'effectuer le test sur un seul partenaire du couple.

Patient-e

- Je confirme que j'ai reçu une explication adéquate relative aux analyses ici mentionnées et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour poser des questions et réfléchir.

Nom, prénom:	Adresse:
Date de naissance:	
Signature du/de la patient-e:	Lieu et date:

Après l'exécution des tests, mon échantillon d'ADN:

- devra être conservé par le laboratoire pour d'éventuelles autres (même plusieurs) analyses supplémentaires
- peut être utilisé par le laboratoire, après avoir été anonymisé, pour ses analyses de contrôle
- doit être détruit (aucune analyse supplémentaire ne sera possible).

Médecin

- Je confirme avoir dispensé des conseils au/à la patient-e à propos des tests génétiques mentionnés ci-dessus et avoir reçu son consentement pour la réalisation du test.

Nom:	Adresse:
Société du médecin:	

Nous vous prions de bien vouloir envoyer le formulaire rempli au Laboratoire SYNLAB, genetics.ti.ch@synlab.com

SVP fournir 2 tubes de sang-EDTA (+ un tube de sang hépariné si caryotype).