

# DEMANDE D'ANALYSE ONCOGENOMIQUE HEREDITAIRE



Centre hospitalier universitaire vaudois

Service d'hématologie  
Laboratoire d'oncogénomique

Réception des laboratoires BH18-100  
1011 Lausanne

Tél. : 021 314 33 93  
e-mail : [log@chuv.ch](mailto:log@chuv.ch)

http://www.chuv.ch/log

Ouverture du laboratoire:  
Lundi-vendredi 08h00 – 17h00



## PATIENT

Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
Date de naissance :  
Sexe :  Masculin  Féminin  
Réf. :

Date de prélèvement :

## FACTURATION

- Patient
  - Demandeur
- Accord Assurance**
- Oui
  - Non

## CONSENTEMENT POUR ANALYSES BIOLOGIQUE

**Suite à toute analyse biologique effectuée dans notre laboratoire, tout échantillon ou produit d'analyse :**

- Peut être stocké au laboratoire afin de pouvoir répondre à une demande de rajout d'analyses par le médecin demandeur (par défaut)
- Peut être utilisé pour le développement et la recherche (par défaut)
- Doit être détruit

Chaque test de génétique constitutionnelle doit s'accompagner d'un conseil génétique (Loi sur l'analyse génétique humaine -LAGH). Par sa signature le médecin demandeur atteste avoir informé la personne concernée selon les obligations légales en vigueur pour la génétique constitutionnelle et avoir reçu son consentement pour les analyses génétiques et toutes les autres analyses biologiques.

**Signature du médecin demandeur obligatoire :**

### MATERIEL (conserver à température ambiante)

- Sang (héparinate de lithium ou EDTA)
- Biopsie de peau
- Autre :

### PROVENANCE

Médecin :

Tél./BIP :

Hôpital :

Service :

**Si analyse souhaitée sur un prélèvement déjà stocké au laboratoire :**

Date du prélèvement :

- Dépistage
- Analyse familiale

Recherche d'une mutation connue :

Arbre généalogique :

**DIAGNOSTIC** contextuel à la demande d'analyse

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

**A COMPLÉTER ET SIGNER :**

**→Voir page suivante**

### Séquençage à haut débit (NGS) :

- Panel IBFM (Inherited Bone Marrow Failure) :**

Voir la liste complète des gènes disponibles ici

<https://www.chuv.ch/fr/log/accueil/domaines-danalyses/maladies-hereditaires/insuffisance-medullaire-hereditaire-ou-inherited-bone-marrow-failure-ibmf>

- Panel RB1 (inclus MLPA et puce ADN)**

**Consentement éclairé en vue d'une ou plusieurs analyses génétiques**

Décembre 2015

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) : \_\_\_\_\_**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 :

- Prédisposition 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
- Prédisposition 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 recontactons afin de vous donner plus d'informations. A ce stade, **votre 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 : \_\_\_\_\_