

Date du prélèvement:  
Heure:

Timbre médecin:

Informations concernant le patient:

Pays d'origine

du père: \_\_\_\_\_

de la mère: \_\_\_\_\_

Grossesse en cours :  oui  non

M. M<sup>me</sup> M<sup>lle</sup> Enf.

   

Nom

Prénom

Rue et numéro

Date de naissance

N° postal

Localité

Sexe

 m  f

Copie à:

Motivations cliniques:

Type de prélèvement: **1** Monovette® EDTA KE, 2,7mL (rouge) **2** Monovette® EDTA KE, 7,5mL (rouge) **3** Prélèvement tumoral (contactez Dr Hutter au préalable)

### Génétique médicale

(Veuillez cocher les analyses souhaitées)

#### Hématologie

- 1x **1** Facteur II (prothrombine)<sup>1</sup>  
 1x **1** Facteur V (Leiden)<sup>1</sup>

- 1x **1** Hémochromatose familiale<sup>1</sup>  
 2x **2** Mutation JAK2 (V617F)<sup>1</sup>  
 (syndrome myéloprolifératif)

#### Génétique générale

- 1x **2** X-Fragile A (syndrome de)<sup>1</sup>  
 1x **1** α1-antitrypsine (déficit)<sup>1</sup>  
 1x **1** HLA-B27 (génotype)<sup>1</sup>  
 1x **1** ApoE (génotype)<sup>1</sup>  
 maladie d'Alzheimer

- 1x **1** Intolérance primaire au lactose<sup>1</sup>  
 1x **1** Maladie coeliaque<sup>1</sup>  
 1x **1** MTHFR (carence)<sup>1</sup>  
 1x **1** Mucoviscidose<sup>1</sup>  
 1x **1** Maladie de Gilbert<sup>1</sup>  
 (susceptibilité à l'irinotecan)

#### Infertilité/Stérilité

- 1x **2** Infertilité masculine<sup>1</sup> :  
 - CFTR  
 - Microdélétions Y

- 1x **2** Ménopause précoce (FMR1)<sup>1</sup>

#### Prédispositions au cancer

- 1x **2** Cancer du sein familial<sup>2</sup>  
 1x **2** Polypose adénomateuse familiale<sup>2</sup>

- HNPCC (syndrome de Lynch)  
 **3** Instabilité génomique<sup>2</sup> (contactez Dr Hutter)  
 1x **2** Mutation constitutionnelle<sup>2</sup>

Autre :

<sup>1</sup> Analyses effectuées à l'unité de génétique médicale de l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV) à Sion.

<sup>2</sup> Analyses effectuées au laboratoire d'oncologie moléculaire des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

Le médecin demandeur atteste avoir informé la personne concernée, conformément à la loi sur l'analyse génétique humaine (LAGH), et avoir reçu son consentement après avoir répondu aux questions qu'elle souhaitait poser.

Lieu et date:

Signature obligatoire du médecin:

Contact:

Dr Pierre Hutter, PhD, FAMH Génétique Médicale  
 - Chef de l'Unité de Génétique Médicale/ICHV Sion  
 - C/o-resp. du laboratoire d'oncologie moléculaire du  
 Département de Médecine Génétique/HUG Genève  
 Tél. 027 603 48 50 Natel 079 270 34 81  
 E-mail: pierre.hutter@ichv.ch