

Analyse de la longueur des télomères

MEDICA Pathologie
Hottingerstrasse 9/11, 8032 Zürich
Tel. 044 269 67 18
medica.ch/pathologie

37



MEDICA
Pathologie

W05

Patient		Expéditeur, Demandeur	
ID Patient: _____		<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Marquer les cases d'un trait noir Ne pas utiliser de feutres pour le marquage! </div>	
<input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> enfant >> Père/Mère _____			
Nom	_____		
Prénom	_____		
Adresse	_____		
NPA/Lieu	_____		
c/o	_____		
Date de naissance	Tél. _____		
E-Mail	_____		
N° AVS	_____		
Résultats		Facturation	
<input type="checkbox"/> Par téléphone N°: _____ <input type="checkbox"/> Par fax N°: _____ <input type="checkbox"/> Copie pour: _____		<input type="checkbox"/> Assurance maladie N° d'assuré _____ <input type="checkbox"/> AI N° de décision _____ <input type="checkbox"/> Ass. accident N° de sinistre _____ Date de l'accident _____ <input type="checkbox"/> Hôpital (patient stationnaire) <input type="checkbox"/> Com. <input type="checkbox"/> Semi-priv. <input type="checkbox"/> Priv. <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Fac. directement au demandeur <input type="checkbox"/> Autre _____	
Examens antérieurs (Institut/N° du dossier) _____			

Analyse de la longueur des télomères

Informations médicales spécifiques aux téloméropathies

Peau:	<input type="checkbox"/> Leucoplasie	<input type="checkbox"/> hyper/hypo-pigmentation	<input type="checkbox"/> Dystrophie des ongles
	<input type="checkbox"/> Grisonnement prématuré des cheveux		<input type="checkbox"/> autre _____
Sang:	<input type="checkbox"/> Cytopénie	<input type="checkbox"/> MCV augmenté	<input type="checkbox"/> autre _____
Moelle osseuse:	<input type="checkbox"/> Anémie aplastique	<input type="checkbox"/> SMD	<input type="checkbox"/> autre _____
Système immunitaire:	<input type="checkbox"/> Infections opportunistes	<input type="checkbox"/> Immunodéficience	<input type="checkbox"/> autre _____
Tube digestif:	<input type="checkbox"/> Entérocolite	<input type="checkbox"/> autre _____	
Foie:	<input type="checkbox"/> Fibrose du foie	<input type="checkbox"/> Cirrhose du foie	<input type="checkbox"/> autre _____
Poumons:	<input type="checkbox"/> Fibrose pulm. idiopathique	<input type="checkbox"/> Emphysème	<input type="checkbox"/> autre _____
Os:	<input type="checkbox"/> Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Nécrose avasculaire	<input type="checkbox"/> autre _____
Système endocrinien:	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> autre _____	
Cancer:	<input type="checkbox"/> Hémopathies malignes:	<input type="checkbox"/> SMD <input type="checkbox"/> LMA	
	<input type="checkbox"/> Cancer de la peau	<input type="checkbox"/> autres cancers _____	
Retard de croissance:	<input type="checkbox"/> petite taille	<input type="checkbox"/> autres déformités _____	
Antécédents familiaux:	<input type="checkbox"/> Parents affectés	<input type="checkbox"/> Frères et soeurs affectés	<input type="checkbox"/> autres _____
Mutations connues:	_____		
Médicaments:	_____		

Date de prélèvement: _____	Heure de prélèvement: _____
----------------------------	-----------------------------

Résultats de laboratoire: Hb: _____	Lc: _____	Tc: _____
---------------------------------------	-----------	-----------

Consentement

Par la présente, j'autorise l'analyse de la longueur des télomères pour le patient identifié dans cette demande. J'ai fourni au patient des informations concernant l'analyse, et le patient a donné son accord pour que l'analyse soit effectuée. En outre, le patient a explicitement consenti à la transmission des résultats de l'analyse par courrier électronique, reconnaissant que cette méthode de communication peut impliquer le partage d'informations médicales sensibles

Signature du médecin demandeur (obligatoire): _____	Date: _____
--	-------------

Analyse de la longueur des télomères par le groupe de G. Baerlocher MD, EMBA

Si vous avez des questions concernant l'analyse, n'hésitez pas à nous contacter:

G. Baerlocher, MD, EMBA
Médecine interne et hématologie FMH
Hématologie FAMH
Tél: +41 44 269 99 04
E-Mail: telomere@medica.ch

Avant le prélèvement de sang, contactez-nous par e-mail à l'adresse telomere@medica.ch afin d'organiser l'envoi des échantillons. **En cas d'urgence, veuillez nous contacter par téléphone au +41 44 269 99 04 pour un service accéléré.**

Prélèvement d'échantillons

- Etiqueter l'échantillon avec:
 - **le numéro d'identification du patient**
 - **la date de naissance**
 - **le sexe**
 - **la date et l'heure du prélèvement**
- Prélever le sang périphérique dans un tube EDTA (acide éthylènediaminetétraacétique).
- 10 à 15 ml de sang périphérique sont nécessaires pour un test réussi.
- Les envois doivent nous parvenir dans les deux jours et en bon état. **Les échantillons doivent être expédiés de nuit par envoi prioritaire (La Poste suisse), UNIQUEMENT du lundi au mercredi**

Envoi de l'échantillon

Matériel

- Récipient de transport de protection
- Sac de prélèvement ou pochette à fermeture hermétique et papier bulle
- Ruban adhésif
- Deux étiquettes d'adresse
- Formulaire de demande dûment signé

Envoi

1. Placer le(s) tube(s) de prélèvement sanguin enveloppé dans du papier bulle dans le sac de prélèvement.
2. Placer le formulaire de demande rempli et signé avec l'échantillon dans le récipient de transport.
3. Sceller le récipient de transport avec du ruban adhésif.
4. Étiqueter le récipient de transport sur deux côtés en indiquant l'adresse.
5. Expédier immédiatement (Lundi-Mercredi) par envoi prioritaire à

**Pathologie Zentrum Zürich
Hottingerstrasse 9/11
CH - 8032 Zürich**

6. Informez-nous de la date d'envoi et du numéro de suivi par e-mail à l'adresse suivante: telomere@medica.ch

Confirmation de réception de l'échantillon

Nous vous confirmerons la réception de l'échantillon par e-mail. Si l'emballage ou les échantillons sont endommagés, nous vous contacterons pour déterminer la procédure à suivre.