

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).

Terminvereinbarung für eine spezialisierte genetische Beratung: 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)
- Fragiles-X-Syndrom (*FMR1*-Expansion)
- UGT1A*, Allele A(TA)₅₋₈TAA (Pharmakogenetik)
- α_1 -Antitrypsin (*SERPINA1*):
 - Allele S und Z
 - Falls S und Z negativ: Sequenzierung des ganzen Gens

! Sonderbedingungen : Bitte das Vademecum des ZIS konsultieren.

Infertilität/Sterilität:

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

Familiäre Hypercholesterinämie

- Basispanel (*LDLR*, *APOB*, *PCSK9*)
- Basispanel* (*LDLR*, *APOB*, *PCSK9*, *APOE* p.Leu167del)
- Erweitertes Panel (*LDLR*, *APOB*, *PCSK9*, *LDLRAP1*, *APOE*)

Abklärung von familiären Mutationen:

Gen: _____

Variante: _____

KREBSPRÄDISPOSITION

NGS-Panel für folgende Krebsprädispositionen:

- Brust *CDH1*
- Ovarien
- Kolorektal (komplettes Panel)
 - Lynch-Syndrom
 - FAP (*APC*, *MUTYH*)
- Magen
- Prostata
- Pankreas
- Melanom
- Weitere Gene: _____

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

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

Kostengutsprache der Krankenkasse abwarten.

Material: 6 Monovette® EDTA KE, 2,7 mL 7 Monovette® EDTA KE, 7,5 mL

Zytopenetik auf der Rückseite

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

Bitte lassen Sie mir Auftragsformulare zukommen.

Link auf die neueste Version des Auftragsformulars: www.spitalwallis.ch/genetik-auftrag.

Für die elektronische Verordnung von Aufträgen: bitte nehmen Sie mit uns Kontakt auf (027 603 48 50).

P1 P2 1 2 4 8 16 32



Zentralinstitut der Spitäler - Institut Central des Hôpitaux - Avenue du Gd. Champsec 86 - CP 800 - 1951 SITTEN - T: +41 (0)27 603 4800 - LABORATORIEN : Brig., Visp, Siders, Sitten, Martignach, Riviera-Chablais.

KLINISCHE ANGABEN

PRÄNATAL Gestationsalter (Wochen und Tage) _____ <input type="checkbox"/> Resultat der Risikoabklärung: _____ <input type="checkbox"/> 1. TT <input type="checkbox"/> 2. TT <input type="checkbox"/> Nach NIPT (Resultat) _____ <input type="checkbox"/> Aneuploidie bei vorgängiger Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Familiäre chromosomale Anomalie _____ <input type="checkbox"/> Fötale Malformationen im Ultraschall _____ <input type="checkbox"/> Erhöhte Nackentransparenz _____ <input type="checkbox"/> Hygroma colli <input type="checkbox"/> Malformationen (bitte präzisieren) _____ <input type="checkbox"/> Intrauteriner Wachstumsrückstand <input type="checkbox"/> Maternales Alter > 35 Jahre <input type="checkbox"/> Elterliche Besorgnis <input type="checkbox"/> Andere _____	Gravida: _____ Para: _____	POSTNATAL <input type="checkbox"/> Infertilität <input type="checkbox"/> Untersuchung nach künstlicher Befruchtung <input type="checkbox"/> Wiederholte Aborte <input type="checkbox"/> Verdacht auf eine Chromosomenanomalie: <input type="checkbox"/> Trisomie 21 <input type="checkbox"/> Gonosomen _____ <input type="checkbox"/> Andere _____ <input type="checkbox"/> Kleinwuchs/Wachstumsstörung _____ <input type="checkbox"/> Andere _____ _____ _____ _____
---	-------------------------------	---

PROBE (DATUM: ____ / ____ / ____)

PRÄNATAL <input type="checkbox"/> Chorionzottenbiopsie Tm <small>Für den Ausschluss einer mütterlichen Kontamination der Probe: bitte der Mutter 7 ml EDTA-Blut abnehmen und ein separates Auftragsformular ausfüllen</small> <input type="checkbox"/> Amniozentese Ts <small>Für den Ausschluss einer mütterlichen Kontamination der Probe: bitte der Mutter 7 ml EDTA-Blut abnehmen und ein separates Auftragsformular ausfüllen</small> <input type="checkbox"/> Nabelschnurblut <input type="checkbox"/> EDTA (Array-CGH und QF-PCR) <input type="checkbox"/> Heparin (Karyotyp) <input type="checkbox"/> Fötale Gewebe Tm oder 0,9% NaCl _____ <input type="checkbox"/> Fötale Haut <input type="checkbox"/> Nabelschnur <input type="checkbox"/> Kürettage-Material <small>Für den Ausschluss einer mütterlichen Kontamination der Probe: bitte der Mutter 7 ml EDTA-Blut abnehmen und ein separates Auftragsformular ausfüllen</small> <input type="checkbox"/> Plazenta Tm oder 0,9% NaCl <input type="checkbox"/> Blut der Mutter, um eine mütterliche Kontamination des fötalen Materials auszuschliessen	POSTNATAL <input type="checkbox"/> Venöses Blut <input type="checkbox"/> Array-CGH und QF-PCR <input type="checkbox"/> Karyotyp <input type="checkbox"/> Haut Tm oder 0,9% NaCl <input type="checkbox"/> Wangenabstrich E <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Andere _____ _____ _____ _____
--	--

ANALYSEN

KONVENTIONELLE ZYTOGENETIK: <input type="checkbox"/> Karyotyp (inkl. Kultur) <input type="checkbox"/> FISH (Fluoreszenz- <i>in-situ</i> -Hybridisierung) <input type="checkbox"/> QF-PCR (Schnelldiagnostik von Aneuploidien 13/18/21/X/Y) <input type="checkbox"/> AFP-Dosierung <input type="checkbox"/> Andere _____	MOLEKULARE ZYTOGENETIK: <input type="checkbox"/> Array-CGH (Microarray) <small>Bei pränatalen Fällen ist eine Blutentnahme der Eltern empfehlenswert. Bitte separates Auftragsformular ausfüllen</small> <input type="checkbox"/> DNA-Extraktion und -Aufbewahrung zwecks späterer Untersuchung
---	---

Monovette® Li-Heparin LH, 4,9 mL (Neugeborenes 0,5 mL) **Tm** = Röhrchen mit Transportmilieu **E** = Bürstchen für Wangenabstrich
 Monovette® EDTA KE, 7,5 mL (Neugeborenes 0,5 mL) **Ts** = Steriles Röhrchen

Weitergehende wichtige Angaben, weitere Analysen, gewünschte Reihenfolge der Untersuchungen:

Bitte nehmen Sie für den Nicht-invasiven Pränataltest (NIPT) Kontakt mit dem Labor auf (027 603 48 50).

Die konventionelle und molekulare Zytogenetik wird als Unterauftrag durchgeführt.