

SET DE PRELEVEMENT & PROCEDURE

CONTENU

- Deux écouvillons spéciaux pour prélèvements buccaux avec deux tubes test
- Formulaire de demande d'analyse et d'anamnèse
- Formulaire de consentement éclairé
- Enveloppe d'envoi GP® pour retour des prélèvements
- Bulletin de versement

**Le formulaire de consentement doit être signé par le patient et le médecin.
Faites des copies des documents que vous adressez en retour, à conserver
confidentiellement.**

RECOLTE D'ECHANTILLONS

**Port de gants obligatoire pour le prélèvement. Patient à jeûn >3 heures.
Brosser la muqueuse des joues pendant 30 secondes, 1 écouvillon par côté.
Important : exercer une pression raisonnable mais ferme.
Garder les écouvillons si possible 5 minutes à l'air libre pour les faire sécher.
Glisser le capuchon du tube sur la tige de l'écouvillon, introduire l'extrémité de
l'écouvillon dans le tube sans la toucher et fermer le bouchon.
Tirer la tige de l'écouvillon dans son axe pour libérer l'écouvillon.
Fermer le clapet du bouchon.
Etiqueter les tubes de prélèvement avec le nom du patient et le numéro de l'analyse**

RENOYER PAR POSTE DANS L'ENVELOPPE GP®

- Deux écouvillons à l'intérieur des deux tubes correctement identifiés.
- La demande d'analyse et le consentement éclairé (pages 2, 3 et 4).

MODE DE PAIEMENT

**L'analyse sera effectuée après réception du paiement au numéro de compte suivant
(mentionner le numéro de l'analyse lors du paiement, ex : 346-101) :**

En **Suisse**:

Banque Cantonale de Fribourg
En faveur de Gene Predictis SA
Numéro du compte 30 01 100.583-07
Clearing bancaire 768
IBAN : CH05 0076 8300 1100 5830 7
CCP : 17-49-3

Depuis l'**étranger** :

Banque Cantonale de Fribourg
En faveur de Gene Predictis SA
IBAN : CH05 0076 8300 1100 5830 7

GENE PREDICTIS® S.A.

Siège : Route de Chantemerle 64 – CP 160 – CH-1763 Granges-Paccot – Suisse

Tél.: +41 26 466 15 45 – Fax: +41 26 466 15 46

info@genepredictis.com – www.genepredictis.com

Demande d'analyse GP – Profils génétiques



ANAMNESE PATIENT

Informations cliniques importantes (maladies)	Poids ____ kg Taille ____ m Tabac <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ancien fumeur
Traitement actuel (nom et dose) Intolérances alimentaires ou médicamenteuses - Autre	
Antécédents familiaux	

Demande d'analyse GP – Profils génétiques



CONSENTEMENT ECLAIRE AVANT ANALYSE GENETIQUE

Nom :Prénom :Date de naissance :

“Je certifie par ma signature que– selon la loi en Suisse – j'ai obtenu un conseil génétique et qu'il m'a été accordé suffisamment de temps pour réfléchir et poser des questions”.

Je déclare être d'accord pour que soient effectuées les recherches suivantes :

- Analyse moléculaire sur mon ADN relatif à la recherche de polymorphismes ou variants génétiques liés au métabolisme des substances actives que je prends ou que je prévois de prendre.
- Analyse moléculaire sur mon ADN pour la recherche de susceptibilités et/ou de prédispositions génétiques selon les profils de Gene Predictis® SA.

Matériel de recherche : frottis

Ma décision pour la conservation de mon matériel génétique est :

- Autant que possible, mon matériel sera conservé après la recherche. Dans mon intérêt et avec mon accord uniquement, mon matériel génétique peut – après anonymisation – être mis à disposition de la recherche médicale.
- Autant que possible, mon matériel sera conservé après la recherche. Il ne sera utilisé ultérieurement dans mon intérêt et que sur mon accord.
- Destruction du matériel après analyse.

Ma décision pour le traitement de mon dossier santé est :

- Je suis intéressé(e) par le suivi de mon dossier par un médecin habilité GP. Le cas échéant, autorisation lui est donnée de me contacter ultérieurement par courriel, uniquement dans mon intérêt.
- Je suis intéressé à être tenu régulièrement informé de l'évolution des connaissances et leurs applications dans le domaine de la médecine prédictive, par le biais de Gene Predictis® New Genes e-Letter.

Mon adresse e-mail est : _____

Signature : Lieu et date :
(parent ou représentant légal si applicable)

Le médecin requérant :

"J'ai raisonnablement informé la personne sus-nommée sur les méthodes et leurs limites et j'ai répondu à ses questions".

Nom du médecin requérant :

Lieu, date : timbre et signature :

GENE PREDICTIS® S.A.

Siège : Route de Chantemerle 64– CP 160 – CH-1763 Granges-Paccot– Suisse

Tél.:+41 26 466 15 45– Fax: +41 26 466 15 46

info@genepredictis.com – www.genepredictis.com