



HÔPITAL OPHTALMIQUE JULES GONIN

LABORATOIRE D'OPHTALMOLOGIE MOLECULAIRE
CH-1004 LAUSANNE, 15 Av. De France, TEL 021 626 8111, FAX 021 626 8888, CCP 10-447-0

DEMANDE D'ANALYSE

Médecin demandeur: Signature: _____ Copie au Dr Caisse maladie:	<i>Etiquette</i>	
	Reçu:	ADN:
Facture: Patient <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autre:	Analyse pour: <input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Recherche	
Status: <input type="checkbox"/> Atteint <input type="checkbox"/> Non-atteint <input type="checkbox"/> à risque <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> contrôle (étude): <input type="checkbox"/> Indéterminé	Index: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Famille: <input type="checkbox"/> Indéterminé	Hérédité: <input type="checkbox"/> AD <input type="checkbox"/> Simplex <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> Multiplex <input type="checkbox"/> X-linked <input type="checkbox"/> Mitochondriale <input type="checkbox"/> Indéterminé
Analyse de gènes : (si aucune case n'est cochée, l'ADN sera stocké)		
<input type="checkbox"/> Asper <input type="checkbox"/> RB1 <input type="checkbox"/> BIGH3 <input type="checkbox"/> NDP <input type="checkbox"/> VHL <input type="checkbox"/> CYP1B1	<input type="checkbox"/> KIF21A <input type="checkbox"/> RDS <input type="checkbox"/> EFEMP1 <input type="checkbox"/> FRMD7 <input type="checkbox"/> RPE65 <input type="checkbox"/> TULP1	<input type="checkbox"/> NR2E3 <input type="checkbox"/> GSN (ex 4) <input type="checkbox"/> CYP4V2 <input type="checkbox"/> STS=> seulement délétion <input type="checkbox"/> Autre:
Arbre généalogique		
Commentaires:		
<input type="checkbox"/> ADN à stocker, diagnostic en attente <input type="checkbox"/> ADN à stocker, d'autres membres de la famille à venir <input type="checkbox"/> Autre:		
Version: 05/09		

P: Diagnostic oculaire principal (ou analyse pour): cocher la ou les cases correspondante(s) à gauche

A: Diagnostic oculaire associé: cocher la ou les cases correspondante(s) à droite

Diagnostic non-oculaire associé:

<p>Anomalie de la motilité: P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Fibrose congénitale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ptose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Strabisme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre: </p> <p>Malformation: P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Aniridie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anophtalmie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dysgénésie du segment antérieur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coats <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colobome (iris/choroïde/rétine) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dislocation du cristallin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hypoplasie du nerf optique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Microphthalmie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Norrie (maladie de) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Peter (anomalie de) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PHPV (PHPV) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre: </p> <p>Affection de la cornée: P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Dystrophie cornéenne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Keratocône <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre: </p>	<p>Rétinopathie: P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Achromatopsie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Albinisme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bietti (rétinopathie cristallinienne) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Choroidéremie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cones (dystrophie des) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cone-Rod (dystrophie) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Héméralopie stationnaire congénitale (CSNB) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enhanced-S cone syndrome (ESCS) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dystrophie rétinienne précoce (EORD) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fundus albipunctatus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Atrophie gyrée <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leber (amaurose congénitale de) (LCA) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Myopie (pathologique) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rétinite Pigmentaire (Rod-Cone) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rétinoschisis juvénile lié à l'X (XLRS) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Syndromique: (Usher/Bardet-Biedel etc) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre:.....</p> <p>Maculopathie: P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Dégénérescence vitelliforme (adulte) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dégénérescence maculaire liée à l'âge <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Best (dystrophie maculaire) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Levantine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dystrophie maculaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dystrophie maculaire réticulée <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stargardt (maladie de) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre:</p>	<p>Tumeur: P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Mélanome <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rétinoblastome <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bilatérale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Syndromique: (Bourneville etc) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre: </p> <p>Glaucome: P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Angle fermé <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Congénital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Juvénile <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Primaire à angle ouvert <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pigmentaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pseudo-exfoliatif <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Syndromique: </p> <p>Divers: P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neuropathie optique de Leber (LHON) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Atrophie optique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dystrophie vitréorétinienne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre: </p>
---	---	---

CONSENTEMENT

Le patient peut demander, à tout moment, une copie du consentement

Analyse diagnostique (une facture vous sera envoyée)

Le patient ci-dessous ou son représentant légal, après avoir reçu les informations nécessaires de son médecin, consent à faire effectuer des analyses moléculaires dans un but diagnostic. De plus, le patient soussigné autorise l'Hôpital Ophtalmique Jules Gonin et/ou l'Institut de Recherche en Ophtalmologie (IRO) à utiliser les informations obtenues du médecin traitant y compris d'éventuelles photographies, dans le cadre de cours, présentations lors de séminaires/congrès ou publications scientifiques. Les analyses diagnostiques sont facturées directement au patient. A défaut d'adresse, la facture sera envoyée au médecin demandeur. Il est possible que ces analyses ne soient pas prises en charges par votre caisse maladie, auquel cas vous devrez acquitter vous-mêmes la facture. Le coût approximatif des analyses peut être obtenu sur internet à l'adresse (<http://www.irovision.ch>); sous « analyses », « Liste des analyses ». Votre caisse maladie vous renseignera si de telles analyses seront prises en charge. Le résultat des analyses sera envoyé au médecin demandeur.

Il est probable qu'après les analyses moléculaires demandées, il restera de l'ADN. Vous pouvez demander que cet ADN soit détruit en cochant la case ci-dessous. Si la case n'est pas cochée, votre ADN sera anonymisé et pourra être utilisé pour la recherche. Dans ce cas, il ne sera plus possible de faire le lien entre votre identité et votre ADN.

Je demande qu'après les analyses moléculaires, mon ADN soit détruit

Analyse à but de recherche (aucune facture ne sera envoyée)

Uniquement après accord avec l'Hôpital Ophtalmique Jules Gonin et l'Institut de Recherche en Ophtalmologie

Le patient ci-dessous ou son représentant légal, après avoir reçu les informations nécessaires de son médecin, autorise l'Hôpital Ophtalmique Jules Gonin et/ou l'Institut de Recherche en Ophtalmologie (IRO) à stocker, effectuer ou faire effectuer des analyses moléculaires dans un but de recherche. Il n'est pas possible de prévoir quand les résultats seront disponibles, ni si de tels résultats seront disponibles un jour. De plus, le patient soussigné autorise l'Hôpital Ophtalmique Jules Gonin et/ou l'IRO à utiliser les informations obtenues du médecin traitant y compris d'éventuelles photographies, dans le cadre de cours, présentations lors de séminaires/congrès ou publications scientifiques. Les résultats des études effectuées dans un cadre de recherche, lorsqu'ils sont disponibles, seront transmis au médecin demandeur.

Le patient peut demander, en cochant la case ci-dessous, de ne pas recevoir de résultats. Dans ce cas, le médecin traitant ne recevra pas non plus de résultat. A tout moment, le patient peut demander par écrit que son ADN soit détruit ou anonymisé.

Je demande qu'aucun résultat ne me soit communiqué

Je donne mon accord pour figurer dans le registre RETINA SUISSE non

Nom et prénom :

Signature :

Date :