

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*)

Ablklärung 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://vadmecum.institutcentral.ch>.

Bitte konsultieren das Vademecum (<https://vadmecum.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

Zytogenetik 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).

KLINISCHE ANGABEN

PRÄNATAL

Gestationsalter (Wochen und Tage)

Gravida:

Para:

POSTNATAL

- ☐ Resultat der Risikoabklärung: _____
☐ 1. TT ☐ 2. TT
- ☐ Nach NIPT (Resultat) _____
- ☐ Aneuploidie bei vorgängiger Schwangerschaft
- ☐ Familiäre chromosomale Anomalie _____
- ☐ Fötale Malformationen im Ultraschall _____
☐ Erhöhte Nackentransparenz _____
☐ Hygroma colli _____
☐ Malformationen (bitte präzisieren) _____
- ☐ Intrauteriner Wachstumsrückstand
- ☐ Maternales Alter > 35 Jahre
- ☐ Elterliche Besorgnis
- ☐ Andere _____

- ☐ Infertilität
- ☐ Untersuchung nach künstlicher Befruchtung
- ☐ Wiederholte Aborte
- ☐ Verdacht auf eine Chromosomenanomalie:
☐ Trisomie 21 ☐ Gonosomen _____
☐ Andere _____
- ☐ Kleinwuchs/Wachstumsstörung _____
- ☐ Andere _____

PROBE (DATUM: ____ / ____ / ____)

PRÄNATAL

- ☐ Chorionzottenbiopsie Tm
Für den Ausschluss einer mütterlichen Kontamination der Probe: bitte der Mutter 7 ml EDTA-Blut abnehmen und ein separates Auftragsformular ausfüllen
- ☐ Amniozentese Ts
Für den Ausschluss einer mütterlichen Kontamination der Probe: bitte der Mutter 7 ml EDTA-Blut abnehmen und ein separates Auftragsformular ausfüllen
- ☐ Nabelschnurblut
☐ EDTA (Array-CGH und QF-PCR)
☐ Heparin (Karyotyp)
- ☐ Fötale Gewebe Tm oder 0,9% NaCl _____
☐ Fötale Haut ☐ Nabelschnur ☐ Kürettage-Material
Für den Ausschluss einer mütterlichen Kontamination der Probe: bitte der Mutter 7 ml EDTA-Blut abnehmen und ein separates Auftragsformular ausfüllen
- ☐ Plazenta Tm oder 0,9% NaCl
- ☐ Blut der Mutter, um eine mütterliche Kontamination des fötalen Materials auszuschliessen

POSTNATAL

- ☐ Venöses Blut
☐ Array-CGH und QF-PCR ☐ Karyotyp
- ☐ Haut Tm oder 0,9% NaCl
- ☐ Wangenabstrich E
- ☐ DNA
- ☐ Andere _____

ANALYSEN

KONVENTIONELLE ZYTOGENETIK:

MOLEKULARE ZYTOGENETIK:

- ☐ Karyotyp (inkl. Kultur)
- ☐ FISH (Fluoreszenz-*in-situ*-Hybridisierung)
- ☐ QF-PCR (Schnelldiagnostik von Aneuploidien 13/18/21/X/Y)
- ☐ AFP-Dosierung
- ☐ Andere _____

- ☐ Array-CGH (Microarray)
Bei pränatalen Fällen ist eine Blutentnahme der Eltern empfehlenswert.
Bitte separates Auftragsformular ausfüllen
- ☐ DNA-Extraktion und -Aufbewahrung zwecks späterer Untersuchung

- ☐ Monovette® Li-Heparin LH, 4,9 mL (Neugeborenes 0,5 mL)
- ☐ Monovette® EDTA KE, 7,5 mL (Neugeborenes 0,5 mL)

- Tm = Röhrchen mit Transportmilieu E = Bürstchen für Wangenabstrich
- 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.