



Demande de Myriad myChoice® CDxPLUS

Étude pathologique moléculaire de l'instabilité génomique dans les tissus tumoraux

Nom _____

Prénom _____ F ☐ M ☐

Date de naissance _____ Numéro échantillon externe _____

Rue/No. _____

Code postal/Lieu de résidence _____

Caisse maladie _____ Numéro d'assurance _____

Facture pour ☐ Client ☐ Patient/e

Informations cliniques (à remplir par le médecin requérant)

Je confirme avoir discuté de l'analyse requise et des implications potentielles des résultats avec la patiente mentionnée ci-dessus.

Le formulaire de consentement de la patiente a été signé et est joint à la demande.

Date Nom du médecin requérant (lettres majuscules) Signature du médecin requérant

Matériel requis (à fournir par la pathologie responsable)

Veuillez envoyer les éléments suivants dans leur intégralité à l'adresse indiquée ci-dessous:

- ☐ ce formulaire de demande
- ☐ déclaration de consentement de la patiente
- ☐ rapport histopathologique du matériel envoyé
- ☐ bloc de paraffine (min. **30% de tissu tumoral**)
- ☐ coupe à coloration HE

Adresse de livraison: Institut für histologische und zytologische Diagnostik AG Aarau
Dr. med. Steffen Bergelt
Dammweg 1
CH-5000 Aarau

Le résultat de l'examen et le bloc de tissu seront renvoyés rapidement à l'institut de pathologie requérant selon les procédures habituelles de transmission des résultats diagnostiques.

Nom et cachet du médecin/de l'hôpital:

Date du prélèvement:

☐ Rapport par e-mail: _____
(uniquement les adresses électroniques cryptées par HIN)

Copie(s) à: _____



Déclaration de consentement pour Myriad myChoice® CDxPLUS

À propos de Myriad myChoice® CDxPLUS

Myriad myChoice® CDxPLUS est un test global pour le déficit de recombinaison homologue (HRD). Ce test permet d'identifier les tumeurs qui ne sont plus capables de réparer les cassures double-brin de l'ADN. Cela entraîne une plus grande sensibilité aux médicaments qui endommagent l'ADN, comme les médicaments à base de platine ou les inhibiteurs de PARP.

Le test myChoice® CDxPLUS comprend le séquençage des gènes BRCA1 et BRCA2 dans le tissu tumoral et un composite de trois technologies propriétaires (perte d'hétérozygotie, déséquilibre allélique des régions télomériques et transitions d'état à grande échelle).

Pour plus d'informations, visitez le site: <https://myriad-oncology.com/mychoice-cdx/>

Données relatives au/à la patient(e):

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Je confirme avoir été informé(e) des aspects d'une méthode d'analyse génétique, en particulier le test Myriad myChoice® CDxPLUS, dans le cadre d'un conseil génétique. On a répondu à mes questions et j'ai tout compris.

Je suis conscient(e) que ce test ne peut actuellement être effectué que chez Myriad Genetics aux États-Unis.

Après un temps de réflexion suffisant, je donne mon accord, avec ma signature, pour que l'analyse génétique soit effectuée et que mon matériel d'analyse et mes données soient envoyés aux États-Unis sous forme anonyme.

Je donne mon accord pour que mon matériel d'analyse et les données collectées soient utilisés sous forme anonyme à des fins scientifiques et pour des publications.

☐ oui ☐ non

J'aimerais être informé(e) des découvertes fortuites ayant une signification clinique sans rapport avec la question de posée si:

- les mesures de prévention et de traitement sont connues
- aucune thérapie n'est connue à ce jour

☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non

Je souhaite me soumettre à cette analyse même si l'assurance maladie ne couvre pas les frais et, dans ce cas, je supporterai les frais moi-même.

☐ oui ☐ non

Lieu, date:

Signature du/de la patient(e)/représentant légal: