

<input type="checkbox"/> Rte des Acacias 47	1227 Acacias	022 309 15 20
<input type="checkbox"/> Bd Helvétique 16 bis	Sur RDV 1207 Genève	022 309 15 20
<input type="checkbox"/> Av. Ste - Clotilde 22	Sur RDV 1205 Genève	022 309 15 20
<input type="checkbox"/> Rampe de la Gare 1	Sur RDV 1290 Versoix	022 309 15 20
<input type="checkbox"/> Route de Thonon 42	Sur RDV 1222 Vézenaz	022 772 02 79
<input type="checkbox"/> Av. J.-D. Maillard 1 bis	Sur RDV 1217 Meyrin	022 309 15 20
<input type="checkbox"/> Route de St-Julien 118	Sur RDV 1228 Plan-les-Ouates	022 309 15 20
<input type="checkbox"/> Rte de Chancy 59C	Sur RDV 1213 Petit-Lancy	022 709 02 95

Nos autres centres de prélèvements figurent sur notre site internet : www.labomgd.ch

Demande d'examen

Nom (Mme, Mlle, M., Enf.)

Date de naissance

jour mois année

Prénom

Adresse

chez

NP / Ville

Assurance

Tél. privé

Tél. prof.

Facture à patient autre

assurance

N° Assuré

No AVS

Prélèvement: médecin labo domicile

Date:

heure:

visa:

Résultats: urgent à téléphoner à faxer

Urine vol. ml:

Récoltée sur: 12h 24h

Sérum congelé

Remarques et/ou indications cliniques:

Médecin:

Copie patient:

Copie:

BILANS SPÉCIFIQUES: DU LUNDI AU SAMEDI

MARQUEURS GENETIQUES : 1 tube EDTA ou un prélèvement de SALIVE (deux tubes de salive)

Les demandes doivent être accompagnées de la feuille de consentement signée par le patient et le prescripteur (verso)

Tests remboursés en Suisse

- Intolérance au fructose
- Intolérance au gluten
- Intolérance au lactose
- MTHFR

Tests hors nomenclature

- ALOPECIAGenes**
Alopécie, stress oxydatif et vitamines.
- ALOPECIAGenes + pharmacogénétique**
- APOEGenes**
Prévention des maladies cardiaques, du diabète, de l'hypertension artérielle, de la maladie d'Alzheimer et proposer des mesures nutritionnelles préventives.
- COELIACGenes**
Intolérance au gluten.
Voir le DIGESTIGenes

- COLOGenes**
Risque de cancer du côlon sporadique.
- DERMAGenes**
Maladie coeliaque, intolérance au lactose et au fructose, APOE
- DETOXGenes**
Détoxification hépatique
Détoxification des xénobiotiques
- DIGESTIGenes**
Maladie coeliaque, intolérance au lactose et au fructose, APOE
- DIO2**
L'enzyme DIO2 qui convertit T4 en T3 dans le cerveau, les muscles et les tissus adipeux. Utile pour détecter une hypothyroïdie avec des taux normaux de T3.
- ELIPSEGenes**
Important pour le métabolisme des lipides, des glucides, l'intolérance au lactose, la maladie cœliaque, les vitamines B et D, l'élimination de la caféine, le contrôle de l'appétit, l'hypothyroïdisme fonctionnel, l'inflammation.
- ESTROGenes**
Métabolisme des estrogènes
Risques thrombotiques Risques de cancer du sein
- ESTROg + SPORADICg**
Métabolisme des estrogènes
Risques thrombotiques Risques de cancer du sein et risques de cancer du sein sporadique.

- FUT2 genes**
Important pour la santé intestinale. Les mutations sont associées à une irritabilité, une hypersensibilité de la bouche au chaud/froid, une moindre résistance aux norovirus, etc.
- GILBERTGenes**
Maladie de Gilbert
- HISTAMINEGenes**
Intolérance à l'histamine Risques associés: processus inflammatoires migraine, allergies, problèmes digestifs, problèmes dermatologiques,
- IMMUNOGenes**
Système immunitaire Inflammation Stress oxydatif Vitamines Infections Infections respiratoires
- INTESTINOGenes**
Profil génétique des maladies intestinales: maladie coeliaque, intolérance au lactose, IBS, MICI
- Intolérance au lactose**
Voir le DIGESTIGenes
- MENTALGenes**
Profil génétique des maladies mentales reliées aux neurotransmetteurs
- MTHFRGenes**
Une mutation de ce gène entraîne une capacité jusqu'à 75% plus faible de générer le 5MTHF, ce qui réduit le recyclage de l'homocystéine (donneur de méthionine et de cystéine) et la synthèse du glutathion.

- PSYCHOGenes**
Pharmacogénétique des traitements avec psychotropes
- PROSTATAGenes + PROSTATApGx**
Cancer de la prostate + pharmacogénétique
- SPORADICGenes**
Risque de cancer du sein sporadique (non-héréditaire ou familial).
Voir ESTROg + SPORADICg
- THROMBOGenes**
Détection des risques et prévention des thromboses

Profils spéciaux

- HEALTHYGenes**
DETOXGenes, IMMUNOGenes, ELIPSEGenes, THROMBOGenes, INTESTINOGenes, santé dentaire
- SPECIALGenes - 1**
APOE, DIO2, FUT2
- SPECIALGenes - 2**
APOE, COMT, DIO2, MTHFR

Consentement éclairé en vue de la réalisation d'analyses génétiques

Consentement pour la réalisation d'analyses génétiques (ADN) par le laboratoire Eugenomic®, partenaire du laboratoire MGD SA. Les analyses génétiques exigent que vous acceptiez et signez le présent formulaire de CONSENTEMENT avant de procéder au traitement de votre échantillon salivaire ou sanguin et nécessite aussi la signature de la personne qui vous l'a prescrit.

MGD assure son partenariat en conformité avec les dispositions prévues dans la réglementation suisse de la loi LAGH révisée du 4 octobre 2018 et les dispositions prévues par le Règlement Général Européen, 2016/679, du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles. Le laboratoire MGD vous informe que les données personnelles que vous fournissez seront traitées afin de gérer le service analytique requis en se conformant aux obligations légales découlant de l'activité d'Eugenomic® et seront inclus dans les supports liés aux enregistrements d'activité.

La légitimité du traitement de vos données repose sur l'exécution de la prestation du service de santé contracté, ainsi que sur le consentement donné par le patient.

Dans les cas où en raison de leur traitement, il est nécessaire d'intervenir auprès d'autres prestataires de soins de santé, tels que des laboratoires ou autres prestataires de services, qui nécessitent vos données pour les services de soins, vos données personnelles peuvent être transférées ou communiquées aux entités fournisseurs susmentionnées, uniquement et exclusivement aux fins décrites précédemment.

Vos droits d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition, de limitation de traitement et de portabilité, peuvent être adressés au Laboratoire MGD, 45A route des Accacias 1227 Genève ou par mail à info@labomgd.ch.

En vertu de ce qui précède, votre signature sur ce formulaire implique votre consentement au traitement de vos données personnelles en vue de vous fournir des résultats d'analyse. Par votre consentement, nous vous informons que les résultats d'une analyse d'ADN peuvent vous fournir des données sur une variation génétique et vous révéler vos prédispositions à développer certains types de troubles/pathologies. En outre, dans certains cas, ils peuvent signaler votre réponse individuelle à l'égard de certains médicaments.

J'autorise le transfert de mes données, dans le but susmentionné, à ma compagnie d'assurance ou à mon prescripteur, situés en dehors de l'Union européenne.

J'autorise l'envoi d'informations sur les nouvelles et les mises à jour relatives à la médecine clinique et à la génomique.

gen 2/2

Vous déclarez, au moyen de cet écrit, que votre médecin ou demandeur spécialiste, vous a dûment informé des analyses prescrites ci-dessous, et qu'il a répondu à toutes vos questions ou demande d'information de manière suffisante et compréhensible. Vous consentez, à :

- L'analyse ou l'étude demandée être réalisée à travers du laboratoire MGD et Eugenomic®.
- Que les échantillons et leurs données personnelles et / ou de santé soient envoyés aux laboratoires collaborateurs pour leur processus analytique.
- Que le laboratoire de processus, une fois l'échantillon reçu, est seul responsable des résultats, de l'échantillon, ainsi que du fichier de vos données personnelles.
- Exceptionnellement, un autre échantillon peut être requis.
- Que certains résultats peuvent ne pas être concluants.

Ei vous autorisez, à réaliser des analyses connexes:

OUI NON DATE _____

(*) Champs à remplir

Nom et prénom du patient/référence: (*) _____

Email: _____

N° Carte d'identité: _____ **Numéro de téléphone:** _____

Date de naissance: (*) _____ **Sexe: (*)** Femme Homme

Adresse: _____

Département: _____ **Code postal:** _____

Langue dans laquelle vous souhaitez recevoir le rapport:

Anglais Français Espagnol

Le signataire est: (*) Le patient lui-même Le tuteur légal (pour les enfants)

Signature du patient: (*) _____ **Signature du prescripteur : (*)** _____

L'ENVOI DE L'ÉCHANTILLON AU LABORATOIRE MGD

- Le **FORMULAIRE DE DEMANDE DE GÉNÉTIQUE**, signé avec les données du patient et du médecin prescripteur et le **CONSENTEMENT INFORMÉ**.
- Le questionnaire de santé, si nécessaire. N'oubliez pas d'indiquer le nom du patient et l'étiquette.
- Appelez **LABORATOIRE MGD** au +41 22 309 15 20 pour demander le prélèvement de l'échantillon.

04.2022