

Medizinische Genetik SRY-Analyse

 S149	Auftraggebende med. Fachperson: Adresse: PLZ, Ort: Telefon: E-Mail: Befundkopie an:																																																																																																																								
	Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich																																																																																																																								
Entnahmedatum und -zeit <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>Monat</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> <td colspan="16"></td> </tr> <tr> <td>Stunde</td> <td>00</td><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td><td>08</td><td>09</td><td>10</td><td>11</td> <td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Minute</td> <td>00</td><td>05</td><td>10</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td> <td colspan="16"></td> </tr> </table>		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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																	Stunde	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23						Minute	00	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55																
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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																																																													
Stunde	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23																																																																																																	
Minute	00	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55																																																																																																													
Bitte beachten Sie die zusätzlichen Informationen zur Entnahme und Dokumentation auf der Rückseite. Sämtliche Felder dieses Formulars gemäss Erläuterungen ausfüllen, ggf. signieren. 2 EDTA-Röhrchen abnehmen und gut leserlich mit Name, Vorname und Geburtsdatum (Patientenetikette) der klar identifizierten Probandin beschriften. Befüllte Proben zusammen mit dem ausgefüllten Formular im beigelegten, adressierten Umschlag ans ZLM retournieren.																																																																																																																									
Tagesnummer (für Labor reserviert)	Rechnungsadresse: Organisation: _____ Name: _____ Adresse: _____ PLZ, Ort: _____																																																																																																																								
IKCH11																																																																																																																									

Medizinische Genetik SRY-Analyse

Details/Erläuterungen zur durchgeführten Diagnostik, Probenentnahme und Einverständniserklärung

Analyse

Mittels Real-Time PCR kann in einer Blut- oder Speichelprobe der Y-chromosomale Abschnitt des *SRY*-Gens (*sex determining region Y*, HGNC: 11311, Yp11.2, NM_003140.3) qualitativ nachgewiesen werden (gemäss Herstellerangaben).

Eine Aussage zu Varianten auf Sequenzebene oder zur Funktionalität des betroffenen Gens bzw. des kodierten Proteins ist mit der verwendeten Methodik nicht möglich. Weitere Informationen sind auf Anfrage erhältlich. Bei Wunsch nach weiterführender Diagnostik bitten wir um Rücksprache (genetik@zlmsg.ch).

Rechtlicher Hinweis

Genetische Analysen unterliegen dem Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) und der zugehörigen Verordnung (GUMV). Vor Durchführung muss die betroffene Person oder deren gesetzliche Vertretung über Art, Zweck, mögliche Resultate und deren Konsequenzen informiert werden. Eine genetische Beratung ist vor der Analyse und zur Besprechung des Resultats anzubieten.

Gerne unterstützen wir Sie dabei: <https://zlmsg.ch/angebot/genetik/genetische-beratung/>

Hinweise zur Probenentnahme / Identifikation

Zur Identifikation der Probandin ist bei der Probenentnahme ein gültiger Pass oder eine Identitätskarte mitzubringen; das Dokument wird digital erfasst. Zusätzlich wird ein aktuelles Foto erstellt, das von der Probandin und dem verordnenden Arzt unterschrieben wird. Die Entnahme ist durch die medizinische Fachperson schriftlich zu dokumentieren (vgl. VDZV Art. 12a).

Die Proben sind gut leserlich mit Name, Vorname und Geburtsdatum zu beschriften (idealerweise mittels Patientenetikette). Nicht oder ungenügend beschriftete Proben können nicht analysiert werden und werden vernichtet.

Bitte zwei separate EDTA-Vollblut Proben einsenden (Raumtemperatur, A-Post).

Die Entnahme erfolgt in einer medizinischen Einrichtung welche die Identifikationsvorgaben gemäss VDZV Art. 12a einhält. Bei Fragen kontaktieren Sie uns gerne.

Resultat und Kosten

Das Resultat wird der einsendenden Fachperson sowie ggf. in Kopie einer angegebenen Empfängerperson schriftlich (per Post und/oder HIN-E-Mail) mitgeteilt. Die Analyse ist keine Pflichtleistung der Krankenkassen; die Kosten sind daher selbst zu tragen.

Proben und Resultate werden mindestens 20 Jahre archiviert.

Einverständniserklärung SRY-Analyse:

Name (gem. amtlichem Ausweis):	Vorname(n) (gem. amtlichem Ausweis):
Geburtsdatum:	Nummer Reisepass/ID:
Ich gebe mein Einverständnis für die Durchführung der Analyse bezüglich des SRY-Genabschnitts.	☐ Ja ☐ Nein
Ich habe verstanden, dass das Resultat, wie auch die Proben für die Dauer von mind. 20 Jahren archiviert werden.	☐ Ja ☐ Nein
Ich bestätigte, dass ich über die Kosten der Analyse aufgeklärt wurde.	☐ Ja ☐ Nein
Unterschrift Patientin / Rechtlicher Vertreter:	Ort / Datum: Unterschrift:
Identifikation der Patientin durch: (Name, Vorname)	Ort / Datum: Unterschrift:
Aufklärende Ärztin / aufklärender Arzt: (Name, Vorname)	Ort / Datum: Unterschrift: