

Klinische Chemie

Pharmacogenomics / HLA Krankheitsassoziationen

Clinical Genomics Lab (CGL)

Fachbereich Klinische Chemie

Inselspital

3010 Bern

Tel. +41 31 664 27 87

klinchemie.cgl@insel.ch

Pharmacogenomics: Prof. Dr. phil. nat. Carlo Largiadèr

carlo.largiader@insel.ch; Tel. +41 31 632 95 45

HLA: Dr. phil. nat. Michael Horn, FAMH Immunologie

michael.horn@insel.ch; Tel. +41 31 632 32 19

<http://www.cgl.insel.ch>
Einsender:

Name:

Klinik/Labor:

Adresse:

Telefon:

Patient:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Geschlecht:

 Männlich

 Weiblich

 Unbekannt

Befundversand:

E-Mail (HIN-gesichert):

 Kopiempfänger:
 (HIN-gesicherte E-Mail oder vollständige Adresse)

Rechnungsadresse:
 Patient Einsender andere (vollständige Adresse):

Untersuchungsmaterial:
 EDTA Blut
 andere:

Entnahmedatum:
Entnahmezeit:
Klinische Angaben / Diagnose (nur für pharmakogenetische Untersuchungen):

Indikation für Untersuchung (Medikation):

 vor Behandlungsbeginn
 Therapiestart:

 nach Behandlungsbeginn

Weitere Angaben: (z.B. relevante Komedikationen mit gleichem Stoffwechsel)

Pharmacogenomics, Medikamentenstoffwechsel

- DPYD / Fluoropyrimidine
- UGT1A1 / Irinotecan
- TPMT/ NUDT15 / Thiopurine
- SLCO1B1¹ / Statine
- CYP3A5¹ / Tacrolimus
- CYP2C9¹ (z.B. Siponimod, Cumarin- Stoffwechsel)
- CYP2C19¹ (z.B. Clopidogrel-Stoffwechsel)
- CYP2D6¹ (z.B. Opioid-Stoffwechsel)
- andere²:

Pharmacogenomics, HLA

- HLA-B*57:01 / Abacavir-Hypersensitivität
- HLA-A*31 / Carbamazepin-Hypersensitivität
- HLA-A*02 hochauflösend / HLA-A2-gerichtete Tumor-Therapie (bitte Indikation angeben)

Krankheitsassoziierte HLA

- Zöliakie (HLA-DQ2, -DQ2.5, -DQ8, -DQ7)
- Narkolepsie (HLA-DQB1*06:02)
- HLA-B*27
- HLA-B*51
- HLA-A*29

¹ Verschreibung durch klin. Pharmakologen FMH (gemäss Limitationen Eidg. Analysenliste)

² Weitere Analysen auf Anfrage möglich

ALLGEMEINE HINWEISE

Diese Analysen unterstehen dem Gesetz für genetische Untersuchungen am Menschen (GUMG). Dieses verpflichtet den anfordernden Arzt/Ärztin, die betroffene Person hinreichend aufzuklären und deren Zustimmung für die Durchführung der Analyse einzuholen (GUMG Art. 5 und 6).

Analysen Pharmacogenomics Medikamentenstoffwechsel: Bitte schicken Sie eine Kopie der unterzeichneten Einverständniserklärung mit.

Probenmaterial

2 ml EDTA-Blut

Beschriftung

Entnahmematerial, Entnahmedatum, Namen und Geburtsdatum der Patienten

Versand

ungekühlt per A-Post (auch über das Wochenende)

Weitere Informationen:

 Details zu den einzelnen Analysen unter <http://www.cgl.insel.ch/de/fachbereich-klin-chemie/angebotene-analysen>

Eingangsdatum:

Eingangszeit:

Visum:

Auftragsformular CGL klinische Chemie

Version 8.0, 11.2025

Seite 1 von 1

Einwilligung zu genetischen Untersuchungen

Ich bestätige, dass ich bezüglich der geplanten genetischen Untersuchung(en) aufgeklärt und beraten worden bin. Ich habe die Informationen verstanden und hatte genügend Zeit für Fragen und um meine Entscheidung zu treffen.

Ich gebe mein Einverständnis für die Durchführung folgender Analyse(n):

Für folgende Erkrankung / folgendes Medikament:

Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials: Überschüssiges Untersuchungsmaterial wird für die Qualitätssicherung und für die Durchführung von allfälligen weiteren Untersuchungen aufbewahrt. Dadurch können allfällige weitere genetische Untersuchungen durchgeführt werden, ohne dass Ihnen erneut Probenmaterial (z.B. Blut) entnommen werden muss. Weitere Untersuchungen werden jedoch nur durchgeführt, wenn Sie diesen mit einer erneuten Einwilligung zustimmen. Falls Sie mit der Aufbewahrung Ihres Untersuchungsmaterials nicht einverstanden sind, können Sie uns dies bei den Bemerkungen mitteilen.

Ihr Untersuchungsmaterial und die erhobenen Daten können auch für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Ich bin prinzipiell einverstanden, dass mein Untersuchungsmaterial und die erhobenen Daten für wissenschaftliche Zwecke weiterverwendet werden können.

Ja Nein

Eine positive Antwort ist noch keine Zustimmung zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie. Sie können jedoch in Zukunft kontaktiert und zur Teilnahme angefragt werden.

Bemerkungen:

Unterschrift:
(Patient:in oder Eltern/gesetzlicher Vormund, falls erforderlich)

Datum:

Aufklärende:r Mediziner:in

Ich bestätige, dass ich die oben genannte Person gemäss dem Gesetz für Genetische Untersuchungen am Menschen (GUMG) über die genannte(n) genetische(n) Analyse(n) aufgeklärt und allfällige Fragen beantwortet habe.

Name, Vorname: Stempel:

Unterschrift (zwingend): Datum:

ACHTUNG: Diese Einverständniserklärung gilt nicht als Untersuchungsauftrag und muss immer zusammen mit einem Auftragsformular (siehe Homepage CGL) oder einem elektronischen Untersuchungsauftrag dem Labor zugestellt werden.