



# FORMULAIRE DE COMMANDE

Nom, prénom / Code de l'assuré-e \_\_\_\_\_

Adresse de l'assuré-e \_\_\_\_\_

Date de naissance de l'assuré-e \_\_\_\_\_

**Dentiste** (donneur d'ordre)  
Cachet du cabinet dentaire, adresse

**PadoBiom**<sup>®</sup>

Numéro de commande/test

Code promo

Sexe :  féminin  masculin

Facture au/à la patient-e (seulement DE & CH)

Facture au cabinet dentaire (y compris liste individuelle par patient – rabais possible)

➔ Adresse e-mail du/de la patient-e \_\_\_\_\_

## MENTIONS OBLIGATOIRES : INFORMATIONS CLINIQUES

● Site de prélèvement Dent \_\_\_\_\_ Profondeur de poche \_\_\_\_\_ mm ● Perte d'attache max. (CAL) \_\_\_\_\_ mm

▶ **IMPORTANT** : Le prélèvement doit être réalisé à partir de la poche la plus profonde avec 2 pointes de papier.

● Saignement au sondage (BOP)  oui  non ● Grade  A  B  C ● Stade  I  II  III  IV

● Classification  Santé parodontale / gingivale  Patient-e à parodontite stable  Parodontite localisée  
 Gingivite  Parodontite généralisée

● Date du prélèvement \_\_\_\_\_

● Réalisation de PadoBiom<sup>®</sup>:  avant traitement  après traitement

● Date du dernier traitement antibiotique \_\_\_\_\_

● Date du dernier nettoyage professionnel \_\_\_\_\_

● Perte de dents liée à la parodontite  oui  non

● Fumeur  oui  non ● Diabète  oui  non

## MENTIONS FACULTATIVES

● Autre médication (antibiotiques, probiotiques etc.) Lequel ? Quand ? \_\_\_\_\_

● Antécédents familiaux (maladies parodontales à l'anamnèse) \_\_\_\_\_

● Remarques (maladies préexistantes, hypersensibilités) \_\_\_\_\_

## EN PLUS : TEST DE PRÉDISPOSITION GÉNÉTIQUE (+ 80,00 €)

PadoGen (sélectionnable seulement en DE & AT) **INDISPENSABLE** : remplir la déclaration de consentement au dos !

Test de prédisposition génétique : détermination de la tendance génétique aux inflammations (IL-1α, IL-1β, IL-1-RN, TNF-α)

## RÉSULTAT & SIGNATURE

Adresse e-mail (enregistrement/résultat) \_\_\_\_\_

Résultat (seulement au cabinet dentaire)  En ligne\*  E-mail  Courrier

\* consultation seulement avec un compte client (enregistrement sur www.iai-test.de)

J'ai compris et j'accepte la déclaration du dentiste au dos. La déclaration du patient a été observée.

Lieu, date

Signature du/de la dentiste

Commande :  Veuillez m'envoyer d'autres kits de prélèvement PadoBiom<sup>®</sup>. Quantité : \_\_\_\_\_ cartons (4 unités par carton)

## DÉCLARATION DU DENTISTE : INFORMATION ET CONSENTEMENT

Le patient a été informé qu'il n'existe pas de droit systématique à remboursement auprès de la caisse d'assurance maladie. Si la facture doit être envoyée directement au patient au/à la patient-e après l'analyse, je confirme en ma qualité de dentiste que j'ai informé le patient des frais correspondants conformément aux tableaux ci-dessous. Dans tous les cas, le cabinet dentaire reçoit le résultat de l'analyse. Les données à caractère personnel sont traitées de manière confidentielle.

### APERÇU DES PRIX

<b>PadoBiom</b>	125,00	<b>PadoGen</b> (sélectionnable seulement en DE & A)	80,00
Analyse basée sur le microbiome		Analyse génétique	

Prix en EUR/CHF. Mise à jour des prix: mars 2024. Sous réserve de modifications. TVA légale incluse.

### Seulement pour **PadoGen** (sélectionnable seulement en DE & AT) : DÉCLARATION DE CONSENTEMENT à une analyse de génétique moléculaire conformément à la loi allemande sur le diagnostic génétique

#### Analyse génétique demandée :

Caractérisation moléculaire des polymorphismes en position -889 du gène humain de l'interleukine (IL-)1 $\alpha$ , en position +3953 du gène humain de l'interleukine (IL-)1 $\beta$ , en position +2018 du gène humain de l'antagoniste du récepteur de l'interleukine 1 (IL-1RN) ainsi qu'en position -308 du gène humain du facteur de nécrose tumorale  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ).

#### Information :

La détermination de la prédisposition génétique aux inflammations par l'analyse des polymorphismes des gènes susmentionnés permet d'établir une prévision de l'évolution des maladies parodontales. Grâce à l'intégration d'un concept spécial de traitement et de prophylaxie, il est possible de retarder la destruction du parodonte, plus rapide chez les patient-e-s présentant une prédisposition génétique accrue aux inflammations.

#### J'accepte

- l'analyse et le prélèvement susmentionnés ; j'ai été informé-e de leur importance par mon médecin traitant, j'ai compris ces informations et j'ai eu assez de temps pour réfléchir.
- que l'échantillon soit transmis le cas échéant à un laboratoire partenaire spécialisé et qu'il puisse être utilisé pour une vérification éventuellement nécessaire du résultat ou des examens complémentaires pour établir le diagnostic.
- que les résultats d'analyse obtenus après l'établissement du diagnostic soient conservés pendant la durée prescrite de 10 ans.
- que les médecins ou institutions suivants reçoivent une notification du diagnostic : mon médecin à l'origine de la prescription ainsi que d'autres médecins traitants et \_\_\_\_\_
- que les échantillons soient archivés et utilisés pour l'assurance de la qualité.
- d'être informé-e du résultat. J'ai été informé-e de mon droit de ne pas savoir.

Rayez les mentions inutiles !

Je peux retirer mon consentement à tout moment pour chaque point de la déclaration de consentement.

#### PadoGen : conseil génétique

Conformément à la loi allemande sur le diagnostic génétique (art. 10 GenDG) et à la loi autrichienne sur le génie génétique (art. 69 GTG), nous vous donnons la possibilité de bénéficier d'un conseil génétique dispensé par des **médecins qualifiés spécialisés en génétique humaine** à la réception du résultat du test ([contenu du conseil sur www.iai-test.de/service/conseil-genetique](http://www.iai-test.de/service/conseil-genetique)). Vous pouvez cocher cette option ci-après. Pour le choix de la date, veuillez prendre contact avec nous à [info@iai-test.de](mailto:info@iai-test.de). Une modification ultérieure de votre sélection est possible avant l'envoi de l'échantillon.

**Le fait de ne pas utiliser cette option revient à déclarer que vous renoncez explicitement au conseil génétique.**

Je souhaite un conseil génétique dentaire payante (frais : 500,00 €).

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Lieu et date

\_\_\_\_\_

Prénom

\_\_\_\_\_

Signature du patient ou de son représentant légal

\_\_\_\_\_

Date de naissance

\_\_\_\_\_

Signature du médecin qui prescrit l'analyse