

Nom, prénom ou numéro de sécurité sociale / assurance maladie du patient

Adresse du patient

Date de naissance du patient

Sexe : ☐ féminin ☐ masculin

☐ Facture au patient (seulement DE & CH)

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

Adresse e-mail du patient :

## FORMULAIRE DE COMMANDE



Dentiste (client)  
Cachet et adresse du cabinet dentaire

**PadoTest®**  
PadoSero PadoGen

Numéro de commande/test

Code promo

### COCHEZ LE(S) TEST(S) SOUHAITÉ(S) !

☐ **PadoTest®** à partir de 65,00 €

↑ ou ↓  
**Détermination des marqueurs de la parodontite + des sérotypes**  
6 bactéries parodontopathogènes (Aa, Fa, Pg, Pi, Td, Tf) + sérotypes d'Aa (a-f, y compris clone JP2 ou type naturel) + charge bactérienne totale

☐ **PadoSero** à partir de 45,00 €

**Détermination des sérotypes d'Aa**  
Détermination d'Aa et de ses sérotypes (a-f, y compris clone JP2 ou type naturel) + charge bactérienne totale

☐ **Test d'échantillons SÉPARÉS**

Une pointe de papier par tube (jusqu'à 4 tubes en tout)

☐ **Test d'échantillons MULTISITE**

Pool d'échantillons : plusieurs pointes de papier sont regroupées dans un tube)

☐ **PadoGen** (sélectionnable seulement en DE & AT) 80,00 €

**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)

☐ **CETTE COMMANDE EST UNE ANALYSE DE CONTRÔLE**

**Comparaison avec l'analyse précédente pour contrôler l'évolution** (dans les 6 mois suivant la première analyse)

Numéro de commande 1<sup>ère</sup> analyse

Sites dentaires  
de prélèvement

Dent \_\_\_\_\_ Profondeur de poche \_\_\_\_\_ mm 

Dent \_\_\_\_\_ Profondeur de poche \_\_\_\_\_ mm 

Dent \_\_\_\_\_ Profondeur de poche \_\_\_\_\_ mm 

Dent \_\_\_\_\_ Profondeur de poche \_\_\_\_\_ mm 

Date du prélèvement \_\_\_\_\_

Réalisation du test ☐ avant le traitement ☐ après le traitement

### INFORMATIONS CLINIQUES

Diagnostic clinique \_\_\_\_\_

Médicaments (antibiotiques, antiseptiques, probiotiques)  
Lequel ? Quand ? \_\_\_\_\_

Stade ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV Grade ☐ A ☐ B ☐ C

Fumeur ☐ oui ☐ non Patient diabétique ☐ oui ☐ non

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

### RÉSULTAT & SIGNATURE

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

Résultat (seulement au cabinet dentaire) ☒ en ligne\* ☐ par e-mail ☐ par la poste

\* consultation seulement avec un compte client (enregistrement sur [www.iai-test.de](http://www.iai-test.de))

J'ai compris et j'accepte la déclaration du dentiste au dos.

Lieu et date \_\_\_\_\_

Signature du dentiste \_\_\_\_\_

Commande : ☐ Veuillez m'envoyer d'autres kits de prélèvement **PadoTest®/PadoSero**. 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                  | PadoSero | PadoTest® | PadoGen (sélectionnable seulement en DE & A) | 80,00  |
|----------------------------------|----------|-----------|----------------------------------------------|--------|
| 1 site dentaire de prélèvement   | 45,00    | 65,00     | Analyse génétique                            |        |
| 2 sites dentaires de prélèvement | 70,00    | 105,00    |                                              |        |
| 3 sites dentaires de prélèvement | 95,00    | 145,00    | Analyse combinée                             | 130,00 |
| 4 sites dentaires de prélèvement | 120,00   | 185,00    | PadoTest® (incl. PadoSero) + PadoGen         |        |
| Pool d'échantillons (multisite)  | 45,00    | 65,00     |                                              |        |

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-)1a, en position +3953 du gène humain de l'interleukine (IL-)1β, 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 α (TNF-α).

#### 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