



FORMULAIRE DE COMMANDE

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

Adresse du patient

Date de naissance du patient _____

Dentiste (client)
Cachet et adresse du cabinet dentaire

PadoTest®

PadoSero PadoGen

Numéro de commande/test

Code promo

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 : _____

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 & A) 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^{ère} 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 de 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)

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 & A) : 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.

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. 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 : 250,00 €).

Nom

Lieu et date

Prénom

Signature du patient ou de son représentant légal

Date de naissance

Signature du médecin qui prescrit l'analyse