



FORMULAIRE DE COMMANDE

Nom, prénom / Code de l'assuré-e

Adresse de l'assuré-e

Date de naissance de l'assuré-e

Sexe :

☐ féminin

☐ masculin

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

PadoBiom®

Numéro de commande/test

Code promo

☐ 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

REPLISSEZ LE FORMULAIRE DE PRÉFÉRENCE EN LIGNE : www.iai-test.de/commande

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®: ☐ 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®. 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

PadoBiom	125,00
Analyse basée sur le microbiome	

PadoGen (sélectionnable seulement en DE & A)	80,00
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 α , en position +3953 du gène humain de l'interleukine (IL-)1 β , 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. 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

Numéro gratuit : 00800 32 32 62 62 | E-mail : info@iai-test.de | Web : www.iai-test.de / www.padobiom.de

Partenaires contractuels :

DE, UE & monde : ParoX GmbH | Deutscher Platz 5, 04103 Leipzig, Allemagne | Tél. : +49 341 149 59 10 | Fax : +49 341 149 59 59

CH : Institut für Angewandte Immunologie IAI AG | Dorfstr. 4, 8132 Egg b. Zürich, Suisse | Tél. : +41 326 855 462 | Fax : +41 326 855 492

Rev.3_V2026-05