



EVALUATION DU RISQUE DE TOXICITÉ AUX FLUOROPYRIMIDES ET A L'IRINOTECAN

Compléter et signer impérativement l'attestation de consultation et le consentement pour toute demande de génotypage

Pour un Phénotypage : 1 tube 5-7 ml de sang total sur EDTA, ou héparine de lithium **sans gel**. Le délai maximal entre prélèvement et centrifugation est de **1h00** si le prélèvement est conservé à température ambiante et de 4h s'il est placé à + 4°C, centrifugation de préférence à + 4°C (au moins 5 min à 3000 g pour obtenir un plasma pauvre en plaquettes) puis congélation immédiate du plasma obtenu, transport devant respecter la chaîne du froid (congelé strict).

Pour un Génotypage : 1 tube 5-7 ml de sang total sur EDTA. Transport à température ambiante et effectué sous 7 jours maximum

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

PRÉLÈVEMENT

N° Client : C /

Cachet obligatoire

Date de prélèvement

Pour le phénotypage, préciser impérativement :

Heure de prélèvement h

Heure de centrifugation h

Heure de congélation h

PATIENT(E)

PRESCRIPTEUR

Nom

Prénom

Nom de naissance

Adresse

Ville Pays

Date de naissance :

Nom

Prénom

Adresse

Ville Pays

Tél. Fax

Adresse e-mail :

Signature :

TEST DEMANDÉ

☐ **PHÉNOTYPAGE DPD** (uracile plasmatique)

Indication :

☐ **Pré-Thérapeutique** (code OPL : DPDPF)

Dépistage avant l'initiation d'un traitement par fluoropyrimidine

☐ **Toxicité – Réintroduction** (code OPL : DPDTX)

☐ **Traitement déjà initié** (code OPL : DPDAU)

☐ **GÉNOTYPAGE DPYD** (code OPL : DPDGE)

Analyse des variants DPYD*2A, D949V et DPYD*13 selon les recommandations

☐ **GÉNOTYPAGE UGT1A1** (code OPL : UG1A1)

Analyse du promoteur

☐ **GÉNOTYPAGE DPYD ET DPYS**

Analyse complète (régions codantes et jonctions intron/exon +/-50bp) des gènes

ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE ET CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE (à compléter impérativement pour toute demande de génotypage)

Je soussigné.e, Dr/Pr.....ou Mme/M....., conseiller.ère en génétique sous la responsabilité du Dr/Pr....., certifie avoir reçu en consultation ce jour,

M/Mme (nom, prénom, date de naissance), et certifie l'avoir informé.e et/ou son.ses représentant.s légal.aux, sur : les caractéristiques de la maladie recherchée ou d'identifier un statut de porteur sain, ou d'évaluer la susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux ; les moyens de diagnostiquer ; les possibilités de prévention et de traitement ; les modalités de transmission et leurs possibles conséquences chez d'autres membres de la famille ; les limites des tests génétiques ; le risque éventuel d'identification de caractéristiques sans relation directe avec la prescription (données incidentes) ; la liberté et l'indépendance de recourir ou non au test et d'en connaître ou non les résultats ; les modalités de communication du résultat ; les conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle (articles R1131-20-1 à R1131-20-5 du CSP) ; le stockage de son prélèvement. Je certifie avoir recueilli le consentement du.de la patient.e ou, le cas échéant, de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et R1131-5).

Je soussigné(e) M, Mme.....né(e) le Demeurant à :

Reconnais avoir reçu par le Pr/Dr..... ou Mme/M..... conseiller.ère en génétique sous la responsabilité du Dr/Pr....., les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin d'évaluer ma susceptibilité génétique à un traitement médicamenteux. J'ai été informé(e) de mon droit à faire à tout moment la demande que cette étude soit interrompue, que les résultats ne me soient pas communiqués, ou que les échantillons stockés soient détruits. Le résultat de cet examen, commenté et signé par un praticien agréé par l'Agence de la Biomédecine, me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur (ou par délégation par le.la conseiller.ère en génétique) en l'état actuel des connaissances dans le cadre d'une consultation individuelle. Cet (ou ces) examen(s) sera (seront) réalisé(s) dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'Agence Régionale de Santé à les pratiquer

Pour cela, je consens : ☐ Au prélèvement qui sera effectué pour moi ☐ Au prélèvement qui sera effectué pour mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle

Je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi : ☐ Oui ☐ Non

Fait à, le

SIGNATURE DU/DE LA PATIENT.E

Nom, Prénom, Date de Naissance

Signature

SIGNATURE du(des) REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX)

Nom, Prénom, Date de Naissance (1 ligne par représentant)

Lien avec la patiente (Si patiente mineure ou majeure sous tutelle) :

Signature(s)

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

Nom, Prénom

Signature