



Département de Génétique moléculaire - Tél. : 04 72 80 25 78 - Fax : 04 72 80 25 79 - Lundi - Vendredi : 07h15 - 17h30

MEDECIN PRESCRIPTEUR

N° RPPS : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Etablissement : _____

Service : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Fax : _____

Identification de l'hôpital
ou du laboratoire

Correspondant :

Date du prélèvement : _____

PATIENT

☐ Mme ☐ M. Sexe : ☐ F ☐ M

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

☐ Externe ☐ Hospitalisé

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (Données indispensables pour le conseil thérapeutique et le calcul de la dose)

Patient : Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Chimiothérapie antérieure : ☐ Oui ☐ Non

Présence de toxicité : ☐ Oui ☐ Non

Si oui : Grade de toxicité (1 à 5) : _____ Type de toxicité : ☐ Hématologique ☐ Diarrhée ☐ Mucite ☐ SMP ☐ Coma

Radiothérapie concomitante à la chimiothérapie : ☐ Oui ☐ Non

Localisation primitive de la tumeur : _____

Date prévue de chimiothérapie : _____

DEMANDE D'ANALYSES

☐ 5-FU^{ODPM TOX TM} EVALUATION DU RISQUE TOXIQUE

AUX FLUOROPYRIMIDINES (code : 5FUTO)

Dépistage pré-thérapeutique du déficit en DPD par génotypage et phénotypage (DPYD - UH₂/U)

☐ UGT1A1 - EVALUATION DU RISQUE TOXIQUE

À L'IRINOTÉCAN (code : UGT1A)

Etude du polymorphisme du gène promoteur UGT1A1

☐ 5-FU^{ODPM PROTOCOL TM} DOSAGE DU [5-FU] PLASMATIQUE

(code : 5FUPR)

Monitoring pharmacocinétique des chimiothérapies au 5-FU

Date de prescription : _____

Protocole en cours / envisagé : _____

Durée de perfusion de 5FU :

☐ 4h ☐ 2x23h ☐ 46h ☐ 96h ☐ 120h ☐ Autre : h

Ou 5FU par voie orale :

☐ Capécitabine ☐ S1 ☐ Autre : _____

Molécules associées :

☐ Irinotécan ☐ Oxaliplatine ☐ Carboplatine

☐ Cisplatine ☐ Bévacicumab ☐ Cétuximab

☐ Trastuzumab ☐ Panitumumab ☐ Autre : _____

Document à joindre :

● Attestation de consultation et consentement

Date de prescription : _____

Date et heure de début de perfusion de 5FU :

_____ à _____ h _____ min

Date et heure de fin de perfusion de 5FU :

_____ à _____ h _____ min

Dose de 5FU : mg Acide folinique : mg

Molécules associées :

☐ Irinotécan ☐ Oxaliplatine ☐ Carboplatine

☐ Cisplatine ☐ Bévacicumab ☐ Cétuximab

☐ Trastuzumab ☐ Panitumumab ☐ Autre : _____

Document à joindre :

● Plan de chimiothérapie

● Feuille de suivi pharmacocinétique

Commentaires / Observations : _____



Attestation de consultation et Consentement

en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne

(en référence au décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 - arrêté du 27 mai 2013)

● 1 copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement ● 1 copie à conserver dans le dossier médical ● 1 copie pour le patient

ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE

Préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne
et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

Je soussigné Docteur en Médecine,

Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique,

- ▶ Certifie avoir reçu en consultation ce jour le (la) patient(e) sous-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de(s) mutation(s) recherchée(s), des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à
le [] [] [] [] [] []

Signature et tampon du médecin

CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE

Conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique

Je soussigné(e) né(e) le [] [] [] [] [] [],

Demeurant à :

- ▶ Reconnais avoir reçu par le Dr. les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :
 - ☐ d'évaluer ma susceptibilité génétique à un traitement médicamenteux.
- ▶ Pour cela, je consens :
 - ☐ au prélèvement qui sera effectué chez moi.
 - ☐ au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle.
- ▶ Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques me seront transmis par le Docteur sus-nommé dans le cadre d'une consultation individuelle. Si l'examen révèle des résultats autres que ceux recherchés, le Docteur sus-nommé déterminera la conduite à tenir lors d'une consultation individuelle.
- ▶ Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,
 - ☐ 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 seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient(e) que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à
le [] [] [] [] [] []

Signature du patient adulte ou du représentant légal de
l'enfant mineur ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :