Centre de Biologie et de Recherche en Santé
2 avenue Martin Luther King - 87042 LIMOGES Cedex

PHARMACOLOGIE, TOXICOLOGIE ET PHARMACOVIGILANCE

ORDONNANCE MEDICALE

DEMANDE D'EXAMEN PHARMACOGENETIQUE

Chef du service : Pr P. Marquet
Praticiens agréés : Pr N. Picard – Dr J.-B. Woillard
Secrétariat : 05.55.05.61.40

RECHERCHE DE DEFICIT EN DPD

(DIHYDROPYRIMIDINE DESHYDROGENASE)

ETIQUETTE PATIENT	ETIQUETTE SERVICE	PRESCRIPTEUR
		(tampon ou nom lisible)

PRELEVEMENT

Date : …. /…. / ……

Heure : ……

Nom du préleveur :

……

Médicament concerné : ☐ 5-fluorouracile ☐ Capécitabine

Si le traitement a été débuté :

Date de la première administration (cure) : …. / …. / ……

Dose administrée : ……

Nature de la toxicité (le cas échéant) :

……

☐ DEMANDE DE PHENOTYPAGE

1 tube héparinate de lithium (ou héparinate de sodium) <u>sans gel séparateur</u>

Délai d'acheminement choisi (jusqu'au laboratoire du CHU de Limoges) :

☐ < 1h	☐ < 4h	☐ > 4 h
Température ambiante (cas des prélèvements réalisés au CHU de Limoges)	4°C	Plasma congelé

LABORATOIRE DU CHU DE LIMOGES	LABORATOIRE EXTERIEUR QUI SOUS-TRAITE
1. Centrifugation : Date : …. /…. /…. Heure : …….. Initiales : ….	1. Centrifugation : Date : …. /…. /…. Heure : …….. Initiales : ….
2. Congélation (-20°C) : Date : …. /…. /…. Heure : …….. Initiales : ….	2. Congélation (-20°C) : Date : …. /…. /…. Heure : …….. Initiales : ….

☐ DEMANDE DE SÉQUENÇAGE

1 tube de sang total EDTA (bouchon violet)

<u>Merci de compléter le formulaire au verso</u>

NB. L'analyse génétique sera réalisée en fonction des résultats phénotypiques obtenus

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE A DES FINS MEDICALES

(Conformément aux décret du 04/04/2008, arrêté du 27/05/2013, arrêté du 08/12/2014, articles L.1111-2, L.1131-1-2, L.6211-2, R 1131-4, R 1131-5 du code de la santé publique)

- 1 EXEMPLAIRE à compléter et à renvoyer au laboratoire avec le prélèvement
- 1 COPIE à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION D'INFORMATIONS

Je soussigné(e)…… **Docteur en Médecine, Service** ……
ou **conseiller(ère) en génétique(1)**, sous la responsabilité du **Dr**……
*atteste avoir reçu en consultation le (la) patient(e) sous nommé(e).
*certifie avoir informé le (la) patient(e) :

- des spécificités de la maladie recherchée**(1)**, la susceptibilité à la maladie**(1)** ou à un traitement médicamenteux**(1)**;
- des possibilités de prévention, de traitement et de diagnostic prénatal;
- des finalités (diagnostic, étude familiale), des limites (limites des techniques et des connaissances) et du degré de fiabilité de l'analyse génétique;
- du risque de n'avoir aucun résultat;
- du risque éventuel d'identification de caractéristiques génétiques sans relation directe avec la prescription;
- des modalités de communication des résultats, y compris des délais probables;
- des conséquences familiales du résultat de l'examen génétique.

* en cas de diagnostic d'une anomalie génétique responsable d'une maladie grave susceptible de mesure de prévention, certifie avoir prévenue le (la) patient(e),

- de l'importance d'informer la parentèle potentiellement concernée;
- de l'importance de communiquer le résultat au responsable du centre d'assistance médicale à la procréation si la personne a fait un don de gamètes ou d'embryons.

*et avoir recueilli son consentement de manière libre et éclairée.

Fait à ……	**Signature et nom** du médecin
le ……	ou du (de la) conseiller(ère) en génétique

CONSENTEMENT

Je soussigné(e) Mme, M**(1)**……né(e) le ……
représentant légal de l'enfant mineur ou de la personne majeure sous tutelle**(1)**
Nom, Prénom : ……né(e) le……
reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension des analyses et examens des caractéristiques génétiques à des fins médicales qui seront réalisés. **Les examens demandés et les indications sont mentionnés au recto.**

* **Je consens au prélèvement qui sera effectué chez moi, chez mon enfant mineur, chez mon fœtus ou chez une personne majeure sous tutelle(1)**
* Je souhaite que les résultats me soient communiqués par le médecin prescripteur. En cas de refus, cocher ici ☐ NON
* J'autorise la conservation de matériel biologique pour d'éventuelles analyses ultérieures en fonction des nouvelles connaissances et des évolutions techniques. En cas de refus, cocher ici ☐ NON
* Je souhaite être informé(e) des caractéristiques génétiques sans relation directe avec le motif de la prescription. En cas de refus, cocher ici ☐ NON

Je m'engage en cas de diagnostic d'une anomalie génétique responsable d'une maladie grave,

- à communiquer les résultats aux membres de ma famille,
- ou à en faire la demande auprès du prescripteur.

Fait à ……	Signature du patient majeur,
le ……	du représentant légal du mineur
	ou du tuteur de la personne majeure

Ces analyses seront réalisées dans un établissement public de santé ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé à les pratiquer.

Conformément à la loi, le résultat ne pourra vous être communiqué que par le prescripteur.

(1) – Rayer les mentions inutiles