

Fiche de prescription d'examen de Pharmacogénétique

PATIENT :	
Nom :	
Nom de naissance :	
Prénom :	ETIQUETTE
Date de naissance :	
Sexe :	

PRESCRIPTEUR :	
Nom :
Service :
Etablissement :
Date :
Signature :	

Réservé préleveur	<p>Prélever 8 ml de sang sur tubes EDTA (bouchon violet)</p> <p>A adresser à température ambiante avec cette feuille à l'Unité d'Oncogénétique somatique et constitutionnelle du CGFL</p> <p>1, rue Pr Marion BP77079 21079 Dijon Cedex</p> <p>Associer un bon de commande (prescripteur hors CGFL)</p>	IDENTIFICATION PRELEVEUR : Nom : Qualité : Date : Heure :
--------------------------	---	--

Demande urgente : justification :

DEMANDE D'EXAMEN

Génotypage DPYD (cf Manuel de prélèvement)

L'INCa et la HAS recommandent un dosage d'uracilémie avant tout traitement à base de fluoropyrimidines.

Génotypage UGT1A1*28

Attestation de consultation de génétique

<p>Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement, des modalités de transmission génétique de la maladie recherchée et de leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions de l'article n°R.1131-4 CSP et de l'arrêté du 27 mai 2013.</p>	Signature et cachet du médecin prescripteur
--	--