

Comment prescrire un phénotype DPD/Uracilémie

1 remplir la fiche de prescription ci jointe

2 créer un RDV du patient en HDJ

- le patient se rend au secrétariat HDJ oncologie
CHPF

- le médecin contacte le secrétariat pour créer ce rdv. Il faudra l'identité complète du patient

3 le patient se rend au laboratoire du CHPF, **2eme étage** coté montagne et coté Est, en face du self, avec la prescription remplie

Inutile de passer par le bureau des entrées « fiche bleue »





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, 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 / A /

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 : _____

CP : _____ Ville : _____

Date de naissance : _____

Numéro RPPS (obligatoire) : _____

Adresse e-mail : _____

Signature : _____

TEST DEMANDÉ

☒ PHÉNOTYPAGE DPD (uracile plasmatique)

Indication :

- ☐ Pré-Thérapeutique (cotation B120) (code CPL : DP2V)
Dépistage avant l'initiation d'un traitement par fluoropyrimidine
- ☐ Toxicité - Réintroduction (cotation B120) (code CPL : DP2V)
- ☐ Traitement déjà initié (HN) (code CPL : DP2V)

☐ GÉNOTYPAGE DPYD (HN) (code CPL : DP2G)

Analyse des variants DPYD : C949V et DPYD*13 selon les recommandations

☐ GÉNOTYPAGE UGT1A1 (HN) (code CPL : UG1A1)

Analyse du promoteur

☐ GÉNOTYPAGE DPYD ET DPYS (HN) (code CPL : DP2G)

Analyse complète (régions codantes et jonctions intron/exon +/- 5Cbp) des gènes

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE 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), DrPr. _____ ou Mme/M. _____, conseiller(ère) en génétique sous la responsabilité du DrPr. _____, certifie avoir reçu en consultation de 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 diagnostic ; 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) ; la stockage du 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 DrPr. _____ M/Mme _____, conseiller(ère) en génétique sous la responsabilité du DrPr. _____, l'information sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin d'évaluer ma susceptibilité génétique à un traitement médicamenteux. J'ai 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

SIGNATURE DU/DE LA PATIENT(E)

Nom, Prénom, Date de Naissance

Signature

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

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

Signature(s)

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

Nom, Prénom

Signature