

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 TOXICITE
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 /
Date de prélèvement
Pour le phénotypage, préciser impérativement :
Heure de prélèvement
Heure de centrifugation
Heure de congélation

PATIENT(E) / PRESCRIPTEUR
Nom
Prénom
Nom de naissance
Adresse
CP
Ville
Date de naissance
Numéro RPPS (obligatoire)
Cachet obligatoire
Adresse e-mail
Signature

TEST DEMANDÉ
[X] PHÉNOTYPAGE DPD (uracile plasmatique)
Indication :
[X] Pré-Thérapeutique (cotation B120)
Dépistage avant l'initiation d'un traitement par fluoropyrimidine
Toxicité - Réintroduction (cotation B120)
Traitement déjà initié (HN)
GÉNOTYPAGE DPYD (HN)
Analyse des variants DPYD*2A, D949V et DPYD*13 selon les recommandations
GÉNOTYPAGE UGT1A1 (HN)
Analyse du promoteur
GÉNOTYPAGE DPYD ET DPYS (RIHN N350)
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.s 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

SIGNATURE DU/DE LA PATIENT(E) / SIGNATURE du(des) REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX) / SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR
Nom, Prénom, Date de Naissance
Signature