

ETIQUETTE SERVICE PRESCRIPTEUR ou Étiquette Gilda - UH service <b>OBLIGATOIRE - APHP</b>	ETIQUETTE Code APH MEDECIN ou Nom : Prénom : Code APH	ETIQUETTE PATIENT ou Nom : Prénom : NIP/IPP : Date de naissance : Sexe :	ETIQUETTE Code APH PRELEVEURS ou Nom : Prénom : Code APH
<b>PÔLE BIOGEM – HÔPITAL SAINT LOUIS</b> LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE BIOLOGIQUE Pr. Evelyne JACQZ-AIGRAIN - Pr. Samia MOURAH		<b>PHARMACOGENETIQUE</b> E. Jacqz-Aigrain : 01.87.02.31.64 P. Vilquin : 01.42.49.49.50 Yves Médard / Laboratoire : 01.87.02.31.62 Secrétariat : 01.42.49.93.19 Fax : 01.42.49.49.89	

## PHARMACOGENETIQUE

Référence ou N° du Bon de commande :	Date du prélèvement : /___/___/___/___/	<b>ACB SAINT LOUIS</b>
	<b>Réservé au laboratoire</b>	
	Date de réception : /___/___/___/___/	

LABORATOIRE RESPONSABLE DU PRELEVEMENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
Nom : .....	Nom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
<b>Téléphone obligatoire</b> : .....	Téléphone : .....
<b>Fax obligatoire *</b> : .....	Fax* : .....
Cachet et Signature	*Conforme aux normes de confidentialité

### Consentement écrit à la pratique de tests génétiques obligatoire au VERSO

#### Analyse(s) demandée(s)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>TPMT *2,*3B,*3C</b> | <input type="checkbox"/> <b>CYP3A5*3</b>                          | <input type="checkbox"/> MDR1 C1236T, G2677T/A, C3435T |
| <input type="checkbox"/> ITPA C94A              | <input type="checkbox"/> CYP2C9*2,*3 (hors AVK)                   | <input type="checkbox"/> UGT2B7*2                      |
| <input type="checkbox"/> NUDT15 C415T           | <input type="checkbox"/> CYP2C19*2,*3,*17(Hors antiplaquettaires) | <input type="checkbox"/> UGT1A1*6,*28                  |
| <input type="checkbox"/> CEP 72                 | <input type="checkbox"/> MTHFR A1298C, C677T                      | <input type="checkbox"/> DPYD *2,*13, INT10, pD949v)   |

Pathologie : \_\_\_\_\_

Indication  Avant traitement  Traitement (en cours ou prévu) \_\_\_\_\_

Type d'Examen : <b>GENOTYPAGE</b> Tarification : selon le nombre de polymorphismes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TPMT</b> : BHN 410 (M103)</li> <li>• <b>CYP3A5</b> : BHN 290 (M101)</li> <li>• <b>DPYD</b> : BHN 410 (M102)</li> <li>• ITPA ; NUDT15 ; CEP72 ; RFC ; UGT2B7*2 : BHN 140 (N903)</li> <li>• MTHFR ; CYP2C9 BHN 280 (N903 x 2)</li> <li>• MDR1 ; CYP2C19 BHN 420 (N903 x 3)</li> </ul>
---	---

#### Modalités pratiques :

- Prélever 5 ml de sang total sur tube EDTA. **Ne pas centrifuger**
- Envoi sous 5 jours, entre -80° et +25°C, en respectant la réglementation sur le transport ou par transporteur qualifié.
- **Joindre obligatoirement consentement rempli et signé (au verso)**

**Rendu résultats** : 20 jours ouvrables

#### Laboratoire extérieur :

- ⇒ Merci de transmettre les tubes au : **Laboratoire de pharmacologie biologique – Hôpital Saint Louis – 1 Avenue Claude Vellefaux – 75010 PARIS**
- ⇒ Hors AP-HP : bon de commande pour facturation

**Pour tout renseignement** : Veuillez contacter le poste 2.31.62 – De l'extérieur : 01.87.02.31.62 ou 01.87.02.31.64

<b>Réservé au laboratoire</b> <b>Non-conformité</b> <input type="checkbox"/> Non critique (prescription, identité, échantillon, acheminement) <input type="checkbox"/> Critique (discordance d'Identité, prélèvement non étiqueté, non conforme, accidenté, manquant)
--

« La version électronique du formulaire vierge (SLL-XXX-XXX-DE-XXX \_ VXX) est indexée dans le logiciel KaliLab et constitue la version de référence. Une fois complété, ce formulaire devient un enregistrement dont l'indexation dans le système de gestion documentaire est facultative mais dont les modalités de classement, de conservation et d'archivage doivent être maîtrisées.

# ATTESTATION DE CONSULTATION ET DE CONSENTEMENT

## Pour l'examen des caractéristiques d'une personne d'une personne et la conservation des échantillons (banque d'ADN ou de cellules / CRB)

<p><b>IDENTIFICATION du PATIENT</b> (étiquette ou nom, prénom et date de naissance)</p> <p><b>Nom :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____</p> <p><b>Date de naissance</b> _____</p>	<p><b>REPRESENTANT LEGAL</b> (Patient mineur/majeur sous tutelle)</p> <p><b>Nom :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____</p> <p><b>Date de naissance</b>  <input type="checkbox"/> Père    <input type="checkbox"/> Mère    <input type="checkbox"/> Tuteur du patient</p>
---	---

**Je soussigné (le médecin)** certifie avoir informé ce jour, le (la) patient(e) ou son représentant légal et l'avoir informé(e) ainsi que son représentant légal sur les facteurs génétiques de susceptibilité aux médicaments, les moyens de les détecter, le degré de fiabilité des analyses, les possibilités de prévention et de traitement, et avoir recueilli le consentement du (de la) patient(e) ou de son représentant légal dans les conditions de l'article R.1131 SCP et de l'arrêté de 27 Mai 2013.

**Je soussigné(e) le (la) patient(e) ou son représentant légal**, reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet examen et sa finalité. Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin qui me l'a prescrit. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaire le cas échéant. Je consens au prélèvement qui sera effectué sur moi ou sur le patient identifié ci-dessous et à la réalisation des examens génétiques associés (ceux-ci étant réalisé dans un laboratoire autorisé par des praticiens agréés.

<b>Pour (préciser le nom de la pathologie ou l'indication de l'examen réalisé, et sa nature)</b>	
--	--

<b>RESULTAT. Je souhaite être informé(e) du résultat de l'examen réalisé s'il est en rapport avec la pathologie testée</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>DECOUVERTE FORTUITE. Je souhaite être informé(e) de résultats de l'examen sans lien direct avec la pathologie mais pouvant avoir un impact sur ma/sa santé, ou celle d'apparentés.</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>AUTRES MEDECINS. Les informations du dossier médical et les résultats de l'analyse génétique peuvent être transmises aux autres médecins qui s'occupent habituellement de moi/de mon enfant pour cette pathologie</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

J'ai compris que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, je devrai permettre la transmission de cette information au reste de ma/sa famille si elle est potentiellement concernée.

J'ai été averti que mon silence pouvait leur faire courir des risques ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées. Lors du rendu des résultats, je devrai choisir entre :

- assurer moi-même cette diffusion d'information génétique aux membres de ma/sa famille
- autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information génétique aux membres de ma/sa famille.

**J'autorise, dans le respect du secret médical :**

<b>ANALYSE ULTERIEURE.</b> La conservation d'un échantillon de matériel biologique issu de mes/ses prélèvements et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de cette même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.	non <input type="checkbox"/>
<b>RECHERCHE ANONYME.</b> Dans le cadre de la démarche diagnostique, une partie de mon/son prélèvement peut ne pas être utilisée. Elle peut être importante pour la recherche scientifique. Ainsi, sans que l'on doive me recontacter, j'autorise le stockage de mon/son prélèvement et son utilisation pour la recherche	non <input type="checkbox"/>

La conservation des données utiles à la gestion de la démarche diagnostique et de mon/son dossier est conservée dans des bases de données informatiques hospitalières déclarées à la CNIL. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification des données archivées par l'intermédiaire du médecin signataire de ce consentement

Fait à ..... Le ...../...../.....

<p><b>Signature du médecin / du conseiller en génétique</b></p>	<p><b>Signature du patient ou de son représentant légal</b></p>	<p><b>Signature du patient mineur ou majeur sous tutelle (si possible) :</b></p>
---	---	--