

Laboratoire de Pharmacologie - Toxicologie – Fédération de Génétique
Pr C. Thuillez
Dr P. Compagnon
Dr F. Lamoureux
02.32.88.90.34 /poste 6.90.34 ou 6.44.39

Prélèvement:
Date : _____ **Heure:** _____
Nom du préleveur: _____
Service / UF: _____
Téléphone: _____

Génotypage CYP3A5 (cytochrome P450 3A5)

Consentement en vue d'un examen des caractéristiques génétiques (GEDI n°9556) indispensable au traitement de la demande
Prélèvement : 4 ml de sang sur tube EDTA accompagné de ce formulaire complété et d'un consentement

Médicament concerné

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tacrolimus (PROGRAF®) | <input type="checkbox"/> Sirolimus (RAPAMUNE®) |
| <input type="checkbox"/> Tacrolimus (ADVAGRAF®) | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Transplantation

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Rénale | <input type="checkbox"/> Pulmonaire (mucoviscidose <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON) |
| <input type="checkbox"/> Cardiaque | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Contexte de la demande

Objectif:

- Génotypage en vue d'une adaptation de posologie à priori
 Génotypage à visée explicative d'une sous exposition au traitement

Le traitement a-t-il été débuté :

- NON
 OUI : depuis le : _____ posologie actuelle : _____ Dernière valeur de C₀ : _____

Nom et Signature du médecin prescripteur

Cachet

Laboratoire de Pharmacologie - Toxicologie

Pr C. Thuillez

Dr P. Compagnon

Dr F. Lamoureux

☎ 02.32.88.90.34 / Poste 6.90.34 ou 6.44.39

Exemplaire Dossier Médical

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES¹

3 exemplaires : le 1er envoyé au laboratoire avec le prélèvement, le 2ème remis à l'intéressé(e), le 3ème archivé dans le dossier médical

L'analyse qui vous est proposée a pour but de déterminer si certaines de vos caractéristiques génétiques peuvent influencer la réponse au médicament qui vous a été prescrit ou qui va vous être prescrit. Cet examen est limité à l'étude d'un (ou de quelques) gène(s) particulier(s) et ne permet en aucun cas votre identification génétique.

Après consultation médicale prévue par l'article R145-15-5² du code de la santé publique,

Je soussigné(e) : Nom : Prénom :

Adresse:

➔ **accepte ce jour qu'un échantillon de sang³ :**

me soit prélevé

soit prélevé à l'enfant mineur : Nom : Prénom :

dont je suis titulaire de l'autorité parentale.

dans le but de réaliser un examen des caractéristiques génétiques pouvant influencer la réponse au(x) médicament(s) ou à la classe de médicaments suivants :

➔ **certifie avoir été pleinement informé(e) par le Docteur :**

1) de la nature et de l'objectif des examens qui seront effectués sur le prélèvement ;

2) du caractère strictement confidentiel des résultats qui seront obtenus ;

3) que je pourrais avoir connaissance par mon médecin traitant des résultats ainsi que de toute information confidentielle me concernant / concernant mon enfant mineur.

➔ **donne mon accord pour que la partie du prélèvement non utilisée pour cet examen soit intégrée dans la collection d'échantillons biologiques du laboratoire de Pharmacologie pour être utilisée à des fins de recherche biomédicale en pharmacogénétique dans le respect strict de mon anonymat comme prévu par la réglementation.**

oui

non

Fait à Le

Signature du patient

Signature du médecin prescripteur

Cachet

¹ conformément à l'article L1131-1 du code de la santé public et au décret n°2000-570 du 23 juin 2000.

² décret n°2000-570 du 23 juin 2000

³ rayer la mention inutile