



Laboratoire : N° Client : C | | | | | | | | | |

PATIENT(E)	PRESCRIPTEUR
NOM .....	NOM PRENOM .....
PRENOM .....	Adresse e-mail : .....
Nom de naissance .....	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 20px; width: 100%;">Cachet obligatoire</div>
Adresse .....	
CP ..... Ville .....	
Date de naissance :	
Origine géographique : <input type="checkbox"/> Europe <input type="checkbox"/> Afrique du Nord <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne <input type="checkbox"/> Réunion <input type="checkbox"/> Antilles, Guyane <input type="checkbox"/> Asie	

EXAMEN DEMANDÉ	
<input type="checkbox"/> <b>PHÉNOTYPAGE</b>  <u>Indication :</u> <input type="checkbox"/> <b>PRÉ-THÉRAPEUTIQUE (B120)</b> (code OPL : DPDFP) Dépistage avant l'initiation d'un traitement par fluoro-pyrimidines <input type="checkbox"/> <b>TOXICITÉ – RÉINTRODUCTION (B120)</b> (code OPL : DPDTX) <input type="checkbox"/> <b>TRAITEMENT DÉJÀ INITIÉ (HN)</b> (code OPL : DPDAU)	<input type="checkbox"/> <b>GÉNOTYPAGE <i>DPYD</i></b> (code OPL : DPDGE)  <u>Indication :</u> <input type="checkbox"/> <b>PRÉ-THÉRAPEUTIQUE</b> Dépistage avant l'initiation d'un traitement par fluoro-pyrimidines <input type="checkbox"/> <b>TOXICITÉ – RÉINTRODUCTION</b> <input type="checkbox"/> <b>TRAITEMENT DÉJÀ INITIÉ</b>  <i>Compléter, dater et signer impérativement l'attestation et recueil de consentement ci-dessous</i>

PRÉLÈVEMENT / LABORATOIRE PRÉLEVEUR
<p><b>Phénotypage :</b> Minimum 2 ml de plasma obtenu à partir de sang total prélevé sur EDTA, ou héparine, SANS gel. Centrifuger rapidement de préférence à + 4°C (moins de 1h30 si conservation à température ambiante ou moins de 4h si conservation + 4°C). Congélation immédiate. Transport en congelé strict.</p> <p><b>Génotypage :</b> 1 tube 5-7 ml de sang total sur EDTA. Transport à température ambiante et effectué sous 7 jours maximum.</p>

PRÉLÈVEMENT	LABORATOIRE PRÉLEVEUR
Date de prélèvement	N° Client : C
<p><b>Pour le phénotypage, préciser impérativement :</b></p> Heure de prélèvement       h       min Heure de centrifugation       h       min Heure de congélation       h       min	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 20px; width: 100%;">Cachet obligatoire</div>

ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE ET CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE (réservé à la pratique du génotypage)
<p>Je soussigné(e).....Docteur en Médecine,            Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du décret n° 2008-321 du 4 avril 2008, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) sous-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.</p> <p>Je soussigné(e) M, Mme.....né(e) le .....</p> <p>Demeurant à : .....</p> <p>Reconnais avoir reçu par le Dr..... les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin d'évaluer ma susceptibilité génétique à un traitement médicamenteux.</p> <p>Pour cela, je consens :</p> <p><input type="checkbox"/> au prélèvement qui sera effectué pour moi  <input type="checkbox"/> au prélèvement qui sera effectué pour mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle</p> <p>Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,  <input type="checkbox"/> 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.</p> <p>Fait à ....., le .....</p> <p>Signature du patient adulte :            ou du représentant légal de l'enfant mineur            ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle</p> <p style="text-align: right;">Signature du médecin :</p>