

PHARMACOGENETIQUE DES ANTI-ÉPILEPTIQUES

pharmacogenetique@lab-cerba.com

PRELEVEMENT

Date de prélèvement :

Correspondant : C/

☐ Sang Total EDTA (5 ml) (Code nature : SGE)

☐ Cellules buccales (Code nature : CBUC) Nous contacter pour l'envoi du dispositif de collecte (Oracollect OCR-100)

PATIENT(E)

NOM
PRENOM
Nom de naissance
Adresse :
CP Ville
Date de naissance :
N° sécurité sociale :
Adresse CPAM :

PRESCRIPTEUR

Numéro RPPS (obligatoire) :

Adresse e-mail :

Signature :

CONTEXTE DE PRESCRIPTION

☐ Bilan pré-thérapeutique

☐ Résistance

☐ Toxicité

☐ Autre :

MOLECULES THERAPEUTIQUES ET GENE(S) IMPLIQUE(S)

☐ Carbamazepine, Oxcarbazepine ^{1,3,4,5} (Gènes impliqués : HLA-A, HLA-B)

☐ Phénytoïn, Fosphénytoïn ^{4,5} (Gènes impliqués : HLA-B, CYP2C9)

☐ Autre :

1. Test requis FDA/EMA

2. Recommandation Haute Autorité de Santé (HAS)

3. Recommandation Réseau francophone de pharmacogénétique _RNPGx

4. Recommandation (Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC)

5. Niveau de preuve ClinPGx 1A et 1B (preuves élevées)

TEST DEMANDE

Attention. Les variants de 2^{ème} intention ne sont pas destinés à être utilisés en première intention, leur étude peut être envisagé lorsque les analyses des variants de la 1^{ère} intention ne permettent pas d'obtenir de résultat concluant.

GÉNOTYPAGE HLA-A ET HLA-B

☐ HLA-A*31:01, HLA-B*15:02 (Code OPL : VERID) (HN)

GÉNOTYPAGE CYP2C9

☐ 1^{ère} intention (Code OPL : 2C9) (HN)

- Analyse des variants CYP2C9*2, *3, *5, *6, *8, *11

☐ 2^{ème} intention (Code OPL : PGX01) (RIHN N350)

- Étude complète du gène dont les variants de 2^{ème} intention (RNPGx) :
CYP2C9*12, *13, *15, *24, *25, *33, *35, *39, *42, *43, *45, *42

PHARMACOGENETIQUE DES ANTI-ÉPILEPTIQUES

Attestation de consultation et d'information du médecin prescripteur

Je soussigné-e, Dr/Pr [Prénom, Nom].....,

Certifie avoir reçu en consultation ce jour :

Mme/M [Prénom, Nom].....

Né.e le [Date de naissance].....

Certifie lui avoir fourni (ou au avoir fourni aux personnes titulaire de l'autorité parentale ou son tuteur) l'ensemble des informations mentionnées aux articles R. 1131-4 et R. 1131-20-1 et suivants du Code de la santé publique ainsi qu'aux termes des textes pris pour leur application

Attestation d'information et Consentement pour la réalisation d'examens des caractéristiques génétiques d'une personne

Je soussigné-e, Mme/M [Prénom, Nom], atteste avoir reçu du médecin visé ci-dessus, au cours de la consultation médicale de ce jour les informations concernant l'examen des caractéristiques génétiques qui m'est proposé, auquel je consens, et qui sera réalisé à partir du ou des prélèvement(s) biologique(s) pratiqués sur moi-même, et qui sera réalisé afin d'adapter ma prise en charge thérapeutique et médicale

J'ai été informé-e :

- De toutes les mentions énoncées dans l'attestation de consultation médicale
- De mon droit à faire interrompre à tout moment cette demande d'examen(s), que les résultats ne me soient pas communiqués, ou que les échantillons conservés soient détruits.
- Que le résultat est confidentiel. Il me sera rendu et expliqué en consultation par le prescripteur

Je consens au prélèvement et à la réalisation de l'examen dans le cadre de ma prise en charge médicale et thérapeutique

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. L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical. Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les examens. Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les examens conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au médecin qui m'a prescrit cet examen et j'en ai eu des réponses complètes et adéquates.

Fait à , Le

IDENTITÉ du PATIENT

(Signature) Nom, prénom,
date de naissance

IDENTITÉ du(des) REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX)

Nom, Prénom, Date de Naissance :

Nom, Prénom, Date de Naissance :

Si le patient est mineur ou majeur sous tutelle, lien avec le patient :

PRESCRIPTEUR

(Signature) Nom,
prénom