Cerba

FICHE DE PRESCRIPTION MÉDICALE

ATTESTATION DE CONSULTATION / CONSENTEMENT

Laboratoire Cerba
Service de la Relation Client
Tél. : +33 (0)1 34 40 20 20
Fax : +33 (0)1 34 40 21 29
Email : src@lab-cerba.com

EVALUATION DU RISQUE DE TOXICITÉ 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 : Prélèvement d'un tube EDTA ou hépariné **SANS GEL** pour recueil de plasma (2mL), décanté et congelé.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 entre +2°C et +8°C, centrifugation de préférence à +4°C. La vitesse de centrifugation est > 15 minutes pour 1500 à 2000 g ou > 10 minutes pour 2000 à 2500 g. **Double** centrifugation standard, avec décantation du plasma entre les deux opérations (obtention d'un nombre de plaquettes résiduelles < 10 x 10^9/l). Congélation immédiate du plasma obtenu, transport devant respecter la chaîne du froid (congelé strict). **Cocher URGENT** sur le sachet plastique.

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

N° Client :|_|_|_|_|_| C /|_|

Cachet obligatoire

PRÉLÈVEMENT

Date de prélèvement |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Pour le phénotypage, préciser impérativement :

Heure de prélèvement |_|_| h |_|_|

Heure de centrifugation |_|_| h |_|_|

Heure de congélation |_|_| h |_|_|

PATIENT(E)

Nom …….....

Prénom…….....

Nom de naissance……...

Adresse …….

CP …… Ville …….....

Date de naissance :|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

PRESCRIPTEUR

Numéro RPPS (obligatoire) : ……..

Cachet obligatoire

Adresse e-mail : ……

Signature :

TEST DEMANDÉ

☐ **PHÉNOTYPAGE DPD** (uracile plasmatique)

Indication :

☐ **Pré-Thérapeutique** **(cotation B120)** *(code OPL : DPDFP)*
Dépistage avant l'initiation d'un traitement par fluoropyrimidine

☐ **Toxicité – Réintroduction** **(cotation B120)** *(code OPL : DPDTX)*

☐ **Traitement déjà initié** **(HN)** *(code OPL : DPDAU)*

☐ **GÉNOTYPAGE DPYD** **(HN)** *(code OPL : DPDGE)*
Analyse des variants DPYD*2A, D949V et DPYD*13 selon les recommandations

☐ **GÉNOTYPAGE UGT1A1** **(HN)** *(code OPL : UG1A1)*
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.aux,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**

Fait à ……, le ……

SIGNATURE DU.DE LA PATIENT.E	SIGNATURE du(des) REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX)	SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR
Nom, Prénom, Date de Naissance	*Nom, Prénom, Date de Naissance (1 ligne par représentant)* …… …… Lien avec la patiente (Si patiente mineure ou majeure sous tutelle) : ……	*Nom, Prénom*
Signature	**Signature(s)**	**Signature**

Le Laboratoire Cerba est amené, en qualité de responsable du traitement, à traiter vos données personnelles renseignées dans le présent formulaire, pour réaliser les examens, les interpréter, transmettre les résultats et pour la gestion administrative du laboratoire. Si vous êtes patient, vos données peuvent ensuite être réutilisées aux fins de leur anonymisation pour besoins de recherches scientifiques, contrôles qualité, études statistiques ou enquête de satisfaction. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données personnelles, vos droits et les projets de recherche menés à partir de vos données, rendez-vous sur le site www.lab-cerba.com, onglets « Données Personnelles » et « Projets de recherche ». Pour exercer vos droits d'opposition, contactez notre RPD à : rpd.cerba@lab-cerba.com / CERBA–RPD – Zac des Epinaux 10-12 Avenue Roland Moreno 95740 Frépillon. / Si vous êtes patient, conformément à la réglementation applicable, une fois vos examens réalisés, les résidus de vos prélèvements seront éliminés. Ils pourront néanmoins être conservés afin d'être réutilisés à des fins de recherches scientifiques ou de contrôles qualité, directement ou après transfert à des tiers, dans le strict respect du secret médical. Vous pouvez vous opposer à une telle utilisation, sur simple demande formulée auprès de notre RPD (cf. coordonnées ci-dessus).