

TESTS DE PHARMACOGENETIQUE DANS LES LEUCEMIES AIGUES

DANS LE CADRE D'UNE CHIMIOTHERAPIE DE CONSOLIDATION OU D'ENTRETIEN

pharmacogenetique@lab-cerba.com

PRELEVEMENT

Date de prélèvement :

Correspondant : C/

☐ Sang Total EDTA (Adulte : ≥5 ml, Enfant : ≥ 2ml) (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 :

PRESCRIPTEUR

Numéro RPPS (obligatoire) :

Adresse e-mail :

Signature :

CONTEXTE DE LA DEMANDE / TEST DEMANDE

CHEZ UN PATIENT LE DIAGNOSTIC DE LEUCEMIE AIGÛE EST CONFIRME

TRAITEMENT PAR THIOPURINIQUES en pré-thérapeutique (phase de post induction dans le cadre d'une chimiothérapie de consolidation ou d'entretien)

- CONTEXTE :

- ☐ Dépistage d'un déficit avant initiation du traitement ☐ Toxicité inhabituelle suite à l'administration du médicament
- Molécules concernées : ☐ Mercaptopurine ☐ Thioguanine ☐ Azathioprine ☐ Autre, préciser :

- TEST :

- ☐ **Génotypage TPMT et NUDT15 1^{ère} intention** (Code OPL : TPMT+NUDT) (HN)
 (TPMT*2, *3A, *3B, *3C, *4, *11, *29, *42 et NUDT15*2, *3, *4, *6, *9, *14. Tier1 et Tier2 selon Association for Molecular Pathology, représentant collectivement plus de 95 % des phénotypes à faible activité enzymatique)
- ☐ **PANEL NGS PHARMACOGENETIQUE (TRAITEMENT DES LEUCEMIES AIGUES)** (Code OPL : PGX04) (RIHN V004)
 Etude complète des gènes TPMT et NUDT15 : Régions codantes et non codantes comprenant des variants pathogènes connus, jonctions exon/ intron

SOINS DE SUPPORT avant ou après l'initiation d'une chimiothérapie

- CONTEXTE :

- ☐ Dépistage d'un déficit avant initiation du traitement ☐ Toxicité inhabituelle suite à l'administration du médicament
- ☐ Non-réponse au traitement
- Molécules concernées et gènes impliqués :
- CYP2D6 : ☐ Codéïne ☐ Tramadol ☐ Ondansétron ☐ Tropisétron ☐ Autre, préciser :
- CYP2C9 : ☐ Ibuprofène ☐ Autre, préciser :
- CYP2C19 : ☐ Omeprazole ☐ Lansoprazole ☐ Pantoprazole ☐ Autre, préciser :

- TEST :

- ☐ **Génotypage CYP2D6 1^{ère} intention** (Code OPL : 2D6) (HN)
 (CYP2D6*2, *3, *4, *5, *6, *7, *8, *9, *10, *12, *14, *15, *17, *21, *29, *31, *40, *41, *42, *49, *56, *59 + recherche de duplication du gène. Tier1 et Tier2 selon Association for Molecular Pathology, représentant collectivement plus de 95 % des phénotypes à faible activité enzymatique)
- ☐ **Génotypage CYP2C9 1^{ère} intention** (Code OPL : 2C9) (HN)
 (CYP2C9*2, *3, *4, *5, *6, *8, *11, *12, *13, *15, *18. Tier1 et Tier2 selon Association for Molecular Pathology, représentant collectivement plus de 95 % des phénotypes à faible activité enzymatique)
- ☐ **Génotypage CYP2C19 1^{ère} intention** (Code OPL : 2C19) (HN)
 (CYP2C19*2, *3, *4, *5, *6, *7, *8, *9, *10, *17, *35. Tier1 et Tier2 selon Association for Molecular Pathology, représentant collectivement plus de 95 % des phénotypes à faible activité enzymatique)
- ☐ **PANEL NGS PHARMACOGENETIQUE (SOINS DE SUPPORT DES LEUCEMIES AIGÛES)** (Code OPL : PGX05) (RIHN V004)
 Etude complète des gènes CYP2D6, CYP2C9 et CYP2C19 : Régions codantes et non codantes comprenant des variants pathogènes connus, jonctions exon/ intron

TESTS DE PHARMACOGENETIQUE DANS LES LEUCEMIES AIGUES

DANS LE CADRE D'UNE CHIMIOOTHERAPIE DE CONSOLIDATION OU D'ENTRETIEN

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