

Bon de demande Pharmacogénétique

DIVISION INTERNATIONALE

Tél. : +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax : +33 (0)4 72 80 73 56 • Email : international@biomnis.eurofinseu.com

Facturation	N° de Correspondant	Vos références
<input checked="" type="checkbox"/> Laboratoire		

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : Prénom : *Cachet du prescripteur*

Adresse :

CP : Ville : Pays :

Tél. : Fax :

PATIENT(E)

Nom* : Prénom* :

Nom de naissance* :

Date de naissance*/** : Sexe* : F M

*Champs obligatoires

**Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les titulaires de l'autorité parentale.

Date de prélèvement :

Nature de prélèvement :

DEMANDE D'ANALYSES DE GENETIQUE MOLECULAIRE (code analyse) [Code RIHN]

- Passeport pharmacogénétique étendu (tous les gènes) [N351] (EPGX)
- Option pharmacogénétique sur un exome déjà séquencé par notre laboratoire [4xN906] (PGX)
Indiquer la référence du dossier exome concerné :
- Passeport pharmacogénétique leucémies aiguës (conforme à l'avis HAS de juillet 2025) (EPGX)
- Analyse pharmacogénétique ciblée :

Médicaments anticancéreux et immunosuppresseurs :

- Azathioprine/ Mercaptopurine - TPMT (TPMT)
- Irinotecan - UGT1A1 (UGT1A)
- 5FU / Capecitabine - DPYD (5FUGE)
- Tacrolimus - CYP3A5/ CYP3A4 (EPGX)

Médicaments cardiovasculaires :

- Mavacamtem - CYP2C19 (CYP2C)
- Clopidogrel - CYP2C19 (CYP2C)
- AVK - CYP2C9/ VKORC1/ CYP4F2 (EPGX)

Médicaments anti-infectieux :

- Voriconazole - CYP2C19 (CYP2C)
- Abacavir - HLA-B*57:01 (HLA1)

Médicaments antiépileptiques :

- Carbamazépine - HLA-B*15:02/ HLA-A*31:01 (HLA1)
- Phénytoïne - CYP2C9 (EPGX)

Médicament hypo-uricémiant :

- Allopurinol - HLA-B*58:01 (HLA1)

Autre (EPGX) :

Préciser le ou les noms des gènes :

RENSEIGNEMENTS

Traitements en cours ou à venir :

Si effets indésirables ou inefficacité, préciser :

Cachet ou étiquette code barre
de l'hôpital ou du laboratoire

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE

(Conformément aux articles R.1131-4, R.1131-4-1, R.1131-4-2 et R.1131-5 du Code de la santé publique).

Je soussigné(e)

né(e) le

► reconnaît avoir reçu par le Dr :

les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- d'évaluer la susceptibilité génétique à un traitement médicamenteux.

► Pour cela, je consens :

- au prélèvement qui sera effectué chez moi
- au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle pour laquelle je suis le représentant légal

Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques me seront transmis par le Docteur sus-nommé dans le cadre d'une consultation individuelle. Si l'examen révèle des résultats autres que ceux recherchés, le Dr sus-nommé déterminera la conduite à tenir lors d'une consultation individuelle.

► Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,

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.

Fait à
le

Signature du patient ou des titulaires de l'autorité parentale de l'enfant mineur ou du tuteur du majeur sous tutelle :

ATTESTATION DE CONSULTATION

(Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 - arrêté du 27 mai 2013).

Je soussigné

Docteur en Médecine, conformément aux articles R.1131-4, R.1131-4-1, R.1131-4-2 et R.1131-5 du Code de la santé publique, 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.

Fait à
le

Signature du médecin :