

DIVISION INTERNATIONALE

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

Facturation

☒ Laboratoire

N° de Correspondant

Vos références

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

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : Prénom :
Adresse :
CP : Ville : Pays :
Tél. : Fax :

Cachet
du prescripteur

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

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 :

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
► reconnais 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
leSignature 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(e)

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 :