eurofins | Biomnis

Evaluation du risque toxique aux fluoropyrimidines et Dosage de 5-fluorouracile

DIVISION INTERNATIONALE - Tél. : +33 (0)4 72 80 23 85 - Fax : +33 (0)4 72 80 73 56 - E-mail : serviceexport@eurofins.com

Le prélèvement doit être réalisé avant toute cure de chimiothérapie ou au moins 1 semaine après la dernière

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : .....
Prénom : .....
Etablissement / Service : .....
Adresse : .....
Code Postal : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Ville : .....
Pays : .....
Tél. : ..... Fax : .....

Identification de l'hôpital ou du laboratoire

Correspondant :

Date du prélèvement : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋

PATIENT

☐ Mme ☐ M. Sexe : ☐ F ☐ M
Nom : .....
Prénom : .....
Nom de naissance : .....
Date de naissance : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋
Adresse : .....
CP : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Ville : .....
☐ Externe ☐ Hospitalisé

PRÉLÈVEMENT

☐ PAC / site implantable ☐ Perfusion
☐ Autre : .....

INFORMATIONS PRÉ-ANALYTIQUES :

Heure de prélèvement : ⌊_⌋⌊_⌋ h ⌊_⌋⌊_⌋
Heure de congélation *(plasma héparinate de lithium)* : ⌊_⌋⌊_⌋ h ⌊_⌋⌊_⌋
Heure de réfrigération *(sang total héparinate de lithium)* : ⌊_⌋⌊_⌋ h ⌊_⌋⌊_⌋

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES *(Données indispensables pour le conseil thérapeutique et le calcul de la dose)*

Patient : Poids : ..... kg Taille : ..... cm
Localisation primitive de la tumeur : .....
.....
Chimiothérapie antérieure : ☐ Oui ☐ Non
Présence de toxicité : ☐ Oui ☐ Non
Si oui : **Grade de toxicité (1 à 5)** : ⌊_⌋ **Type de toxicité :** ☐ Hématologique ☐ Diarrhée ☐ Mucite ☐ SMP ☐ Coma
Radiothérapie concomitante à la chimiothérapie : ☐ Oui ☐ Non

Origine : ☐ Europe ☐ Afrique du Nord ☐ Asie
☐ Afrique subsaharienne et Antilles
☐ Autre (ex. métisse) : .....
Date prévue de chimiothérapie : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋

DEMANDE D'ANALYSES

☐ **5-FU ODPM TOX TM EVALUATION DU RISQUE TOXIQUE AUX FLUOROPYRIMIDINES (code : 5FUTO)**
Dépistage pré-thérapeutique du déficit en DPD par génotypage et phénotypage (DPYD - UH_2/U)

☐ **UGT1A1 - EVALUATION DU RISQUE TOXIQUE À L'IRINOTÉCAN (code : UGT1A)**
Etude du polymorphisme du gène promoteur UGT1A1

Date de prescription : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋
Protocole en cours / envisagé : .....
Durée de perfusion de 5FU :
☐ 4h ☐ 2x23h ☐ 46h ☐ 96h ☐ 120h ☐ Autre : ..... h
Ou 5FU par voie orale :
☐ Capécitabine ☐ S1 ☐ Autre : .....
Molécules associées :
☐ Irinotécan ☐ Oxaliplatine ☐ Carboplatine
☐ Cisplatine ☐ Bévacizumab ☐ Cétuximab
☐ Trastuzumab ☐ Panitumumab ☐ Autre : .....
Document à joindre :
- Attestation de consultation et consentement

☐ **5-FU ODPM PROTOCOL TM DOSAGE DU [5-FU] PLASMATIQUE (code : 5FUPR)**
Monitoring pharmacocinétique des chimiothérapies au 5-FU

Date de prescription : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋
Date et heure de début de perfusion de 5FU :
⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ à ⌊_⌋⌊_⌋ h ⌊_⌋⌊_⌋ min
Date et heure de fin de perfusion de 5FU:
⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ à ⌊_⌋⌊_⌋ h ⌊_⌋⌊_⌋ min
Dose de 5FU : ..... mg **Acide folinique :** ..... mg
Molécules associées :
☐ Irinotécan ☐ Oxaliplatine ☐ Carboplatine
☐ Cisplatine ☐ Bévacizumab ☐ Cétuximab
☐ Trastuzumab ☐ Panitumumab ☐ Autre : .....
Document à joindre :
- Plan de chimiothérapie
- Feuille de suivi pharmacocinétique

Commentaires / Observations : .....
.....
.....

K23-24B-INTFR - Juillet 2019