

**EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES APPLIQUÉES A LA PHARMACOLOGIE****(Arrêté du 27 Mai 2013)**

|                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Identification du patient</b><br>NOM : .....<br>Prénom : .....<br>Date de naissance : .....<br>Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | <b>Identification du titulaire :</b><br><input type="checkbox"/> de l'autorité parentale si mineur<br><input type="checkbox"/> de l'autorité de tutelle si patient sous tutelle<br>NOM : .....<br>Prénom ..... |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Ce document doit accompagner la prescription pour les analyses demandées****EXAMENS DE PHARMACOGÉNÉTIQUE DEMANDÉS** (voir détails au verso de cette fiche) : **SGENET**Recherches ciblées

- ☐ TPMT   ☐ NUDT15   ☐ ITPA   ☐ Cytochrome P450   ☐ P-gP/ABCB1   ☐ NAT<sub>2</sub>   ☐ SLCO1B1  
☐ UGT1A1 (Toxicité Irinotécan)   ☐ UGT1A1 (autres indications)   ☐ VKORC1   ☐ IL28B   ☐ CCR5   ☐ Eliglustat  
☐ DPD génotypage (DPD phénotypage : voir Biobook ; ATTENTION : conditions pré-analytiques impératives – envoi individualisé)

Recherches en séquençage massif

- ☐ Pharmacogénétique des psychotropes   ☐ Pharmacogénétique des anticancéreux et soins de support  
☐ Autres examens de pharmacogénétique : à préciser : .....

**INDICATIONS ET CONTEXTE DE LA DEMANDE :**

.....

.....

**PRELEVEMENT :**

- génotypage : 2 tubes de 5 ml de sang sur tube EDTA : transport entre 15°C et 25°C - délai de réception : 4 semaines

réalisé par ..... le ...../...../..... à ..... h

**CONSENTEMENT DU PATIENT OU DE L'AUTORITÉ PARENTALE**

Je soussigné(e), sus nommé(e), reconnais avoir été informé(e) par le Dr..... sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisées, dans un but de diagnostic :

- ☐ Du prélèvement qui m'a été effectué.  
☐ Du prélèvement qui a été effectué sur mon enfant mineur.  
☐ Du prélèvement qui a été effectué sur un adulte sous mon autorité de tutelle.

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations conformément aux articles R.1131-3/4/5 du code de la santé publique, permettant la compréhension de cet acte biologique et sa finalité.

Fait à ....., le ..... Signature **obligatoire** :

- ☐ Je consens, si une partie du prélèvement reste inutilisée, 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.

**ATTESTATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR**

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) sur les caractéristiques génétiques recherchées et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions des articles R.1131-3/4/5 et arrêté du 27 Mai 2013 | Signature et cachet du Médecin prescripteur <b>obligatoires</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

**RAPPEL CONCERNANT LA LEGISLATION**

Conformément au décret n°2000-570 du 23 Juin 2000 et à l'arrêté du 27 Mai 2013 fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne, le médecin prescripteur doit conserver le consentement écrit, les doubles de la prescription et de l'attestation et les comptes rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés Le laboratoire agréé réalisant les examens doit : disposer de la prescription et de l'attestation du

**INDICATIONS DES EXAMENS DE PHARMACOGÉNÉTIQUE - liste indicative, non exhaustive :**

**Médicaments de structure thiopurine – toxicité hématologique/effets secondaires :** *TPMT, NUDT15, ITPA*

**Pharmacogénétique des psychotropes - selon indications :**

*Cytochromes P450, ABCB1, COMT, OPRM1, DRD2, ANKK1, SLC6A4, UGTs*

**Pharmacogénétique des anticancéreux et soins médicamenteux de support - selon indications :**

*Cytochromes P450, ABCB1, ABCC2, ABCC4, ABCG2, TPMT, NUDT15, ITPA, DPYD, UGTs, SLC01B1, SLC01B3*

**Pharmacogénétique des transporteurs de médicaments :** *ABCB1, ABCC2, ABCC4, SLC01B1, SLC01B3, ABCG2*

**Pharmacogénétique des immunosuppresseurs – selon les classes thérapeutiques :**

*TPMT, NUDT15, ITPA, Cytochromes P450, transporteurs*

**Cytochromes P450 :**

*- CYP 1A2, CYP 2B6, CYP2F1, CYP2C8, CYP 2C9, CYP 2C19, CYP 2D6, CYP 3A4/5*

**Indications thérapeutiques diverses :**

- *NAT<sub>2</sub>* : Isoniazide, Salazopyrine, ...
- Eliglustat/ CERDELGA® : *CYP2D6*
- *VKORC1* : coumariniques et fluindione
- *IL28B* : avant traitement du VHC : clairance spontanée du VHC
- *SLCO1B1* : statines, ...