

<p>Données patient</p> <p>Nom: _____ Prénom : _____</p> <p>Date naissance : ___J ___ M ___ A Sexe: ♂♀</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Code postal : _____ Ville : _____</p> <p>Pays : _____</p>	<p>Médecin demandeur</p>
<p>Rapport</p> <p><input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais</p> <p><input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Italien</p> <p>Copie à: _____</p> <p>_____</p>	<p>Date du prélèvement : _____</p> <p><input type="checkbox"/> sang EDTA (E) <input type="checkbox"/> frottis (F)</p> <p><input type="checkbox"/> urine (U) <input type="checkbox"/> biopsie (B)</p> <p><input type="checkbox"/> moelle osseuse, tubes PAX RNA (M)</p> <p>Indication thérapeutique: _____</p> <p>_____</p> <p>Co-médications: _____</p> <p><input type="checkbox"/> insuffisance rénale <input type="checkbox"/> insuffisance hépatique</p>

TESTS GENETIQUES EN ONCOLOGIE

Médicament / Maladie - Indication - Gènes	Info	Échantillon
<input type="checkbox"/> Tamoxifène - efficacité-CYP2D6 (CYP2C19)		F ou E
<input type="checkbox"/> Irinotecan (Campto®) - toxicité - UGT1A1	(1)	F ou E
<input type="checkbox"/> 5-Fluorouracile (5-FU) / Capécitabine- toxicité - DPD		F ou E
<input type="checkbox"/> 6-Mercaptopurine (Puri-Nethol®) - toxicité - TPMT	(1)	F ou E
<input type="checkbox"/> 6-Thioguanine - toxicité - TPMT	(1)	F ou E
<input type="checkbox"/> Azathioprine (Imurek® Azarek®) - toxicité - TPMT	(1)	F ou E
<input type="checkbox"/> Cisplatine- toxicité - GSTP1	(1)	F ou E
<input type="checkbox"/> Imatinib (Gleevec®) - efficacité - ABL / BCR / KIT	leucémies	(1) E ou M
<input type="checkbox"/> Imatinib (Gleevec®) - efficacité - ABL / BCR / KIT	GIST	(1) B
<input type="checkbox"/> Gefitinib (Iressa®) - efficacité - KRAS / BRAF		B
<input type="checkbox"/> Gefitinib (Iressa®) - efficacité - EGFR	(1)	B
<input type="checkbox"/> Trastuzumab (Herceptin®) - efficacité - HER2 / NEU	(1)	B
<input type="checkbox"/> Cancers du sein et de l'ovaire- facteur de risque - BRCA1 / BRCA2	(1,2)	B
<input type="checkbox"/> Cancer colorectal héréditaire non polyposique (syndrome de Lynch HNPCC)	(1,2)	E
<input type="checkbox"/> Polyposéadénomatose familiale	(1)	E
<input type="checkbox"/> Syndrômes myéloprolifératifs- Janus kinase 2 (JAK2)	(1)	B
<input type="checkbox"/> Cancer de la prostate - diagnostic - PCA3	(1,3)	U
<input type="checkbox"/> Cancer de la vessie - diagnostic - Urovysion	(1,3)	U

Autres médicaments chimiothérapeutiques ou adjuvants pouvant bénéficier de l'approche pharmacogénétique (ordre alphabétique, liste non-exhaustive): bortezomide, capecitabine, carboplatine, cisplatine, cyclophosphamide, docétaxel, doxorubicine, epidoxorubicin, ifosfamide, methotrexate, oxiplatine, paclitaxel.

Oncologie

Demande d'analyse



Se référer à leur voie d'élimination ou contacter Gene Predictis® afin de sélectionner les gènes à analyser pour les médicaments figurant dans la liste ci-dessus.

- (1) Ce test est effectué dans un laboratoire externe.
- (2) Ce test doit être précédé d'une consultation en génétique spécialisée .
- (3) Ce test demande un protocole et un tube de transport particuliers. Contacter Gene Predictis® pour plus d'informations.

CONSENTEMENT ECLAIRE AVANT ANALYSE GENETIQUE

Nom : Prénom : Date de naissance :

“Je certifie par ma signature que – selon la loi en Suisse – j’ai obtenu un conseil génétique et qu’il m’a été accordé suffisamment de temps pour réfléchir et poser des questions”.

Je déclare être d'accord pour que soient effectuées les recherches suivantes :

Analyse moléculaire sur mon ADN relatif à la recherche de polymorphismes ou variants génétiques liés au métabolisme des substances actives que je prends ou que je prévois de prendre.

Matériel de recherche :

sang EDTA frottis urine biopsie moelle osseuse

Ma décision pour la conservation de mon matériel génétique est :

- Autant que possible, mon matériel sera conservé après la recherche. Dans mon intérêt et avec mon accord uniquement, mon matériel génétique peut – après anonymisation – être mis à disposition de la recherche médicale.
- Autant que possible, mon matériel sera conservé après la recherche. Il ne sera utilisé ultérieurement dans mon intérêt et que sur mon accord.
- Destruction du matériel après analyse.

Signature : Lieu et date :
(parent ou représentant légal si applicable)

Le médecin requérant :

"J'ai raisonnablement informé la personne sus-nommée sur les méthodes et leurs limites et j'ai répondu à ses questions".

Nom du médecin requérant :

Lieu, date : timbre et signature :