



DEMANDE D'ANALYSES PHARMACOGENETIQUES	
Demande d'analyse	<input type="checkbox"/> DPD (fluoropyrimidines) <input type="checkbox"/> UGT1A1 (irinotécan)
Joindre :	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 tubes 5 ml EDTA 	OU
	<ul style="list-style-type: none"> • 1 tube 7 ml EDTA
	
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Le consentement analyse génétique SIGNE (exemplaire labo) • <input type="checkbox"/> La fiche de renseignements cliniques complétée (ci-joint) 	

Tubes à transférer à Température ambiante
(Pyjama rayé – Urgent)

A réception contacter l'UMOMT

 34 22 76 (interne) ou

 04 78 86 16 12 / 04 78 86 30 48

Etiquette Patient

Nom :


Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :

SERVICE DEMANDEUR

Hôpital :

 **TSVP →**

Service :

Médecin prescripteur : Signature :

Tel : Fax :

Préleveur :

Date de prélèvement : Heure de prélèvement :

Modalités de transport : Pneumatique Navette HCL Si autre, précisez :

Partie réservée à l'UMOMT

Réception : Date : Heure :

Extraction : Date : Manipulateur :

Consentement collection signé

Remarques : Code patient

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
--

Pathologie cancéreuse :

Fonction hépatique : Normale Perturbée A Préciser :

Fonction Rénale : Normale Perturbée A Préciser :

Protocole de chimiothérapie PREVU EN COURS

Médicaments/Dose/Fréquence, Nombre de cures, **incluant une fluoropyrimidine et/ou de l'irinotécan**.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avant ce traitement, le patient a-t-il déjà reçu une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine ou d'irinotécan ? Non Oui

Si oui, Précisez le protocole.....

Date de dernière cure :

Tableau à compléter en cas d'analyse suite à une toxicité :

Description de la toxicité :

	Description	Grade	Date
Mucite			
Neutropénie			
Fièvre			
Thrombopénie			
Anémie			
Toxicité digestive			
Toxicité neurologique			
Toxicité cardiaque			
Alopécie			
Toxicité autre			

Poursuite du traitement : Oui Non