

Fiche de prescription d'examen de Pharmacogénétique

PATIENT :	
Nom :	Etiquette du patient
Nom de naissance	
Prénom :	
Date de naissance	
Sexe :	

PRESCRIPTEUR :
Nom :
Service :
Etablissement :
Date :
Signature :

Réservé préleveur	<p style="text-align: center;">Prélever 8 ml de sang sur tubes EDTA (bouchon violet)</p> <p style="text-align: center;">A adresser à température ambiante avec cette feuille à l'Unité d'Oncogénétique somatique et constitutionnelle du CGFL</p> <p style="text-align: center;">1, rue Pr Marion BP77079 21079 Dijon Cedex</p> <p style="text-align: center;">Associer un bon de commande (prescripteur hors CGFL)</p>	IDENTIFICATION PRELEVEUR : Nom : Qualité : Date : Heure :
--------------------------	---	--

Demande urgente : *justification* :

<u>DEMANDE D'EXAMEN</u>
<input type="checkbox"/> Génotypage DPYD (cf Manuel de prélèvement)
<input type="checkbox"/> Génotypage UGT1A1*28

Attestation de consultation de génétique

caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, du degré de fiabilité des analyses, des possibilités de prévention et de traitement, des modalités de transmission génétique de la maladie recherchée et de leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions de l'article n°R.1131-4 CSP et de l'arrêté du 27 mai 2013.	Signature et cachet du médecin prescripteur
---	--