



Pour la prise en charge de votre demande, merci de renseigner l'intégralité de ce bon de demande



Document complémentaire à consulter impérativement :

INFORMATIONS PREANALYTIQUES SUR LES DEMANDES D'EXAMENS DE CARACTERISATION PHARMACOGENETIQUE (ENI035) ou de 5FU (ENI034)

PRESCRIPTEUR	PATIENT	
Nom :	N° IPP :	 <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; display: inline-block;">Etiquette du patient</div>
Prénom :	Nom d'usage :	
Service :	Nom de naissance :	PRELEVEUR Nom : Prénom : Service :
<input type="checkbox"/> Paul Papin <input type="checkbox"/> René Gauducheau <i>Si médecin prescripteur extérieur à l'ICO :</i> Adresse : Téléphone (ligne directe) : Fax cabinet/ service : Etablissement d'hospitalisation (adresse complète) :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Hospitalisé	
PRELEVEMENT		
<input type="checkbox"/> URGENT Date : ____ / ____ Heure : ____ : ____	<input type="checkbox"/> PAC / site implantable <input type="checkbox"/> Perfusion <input type="checkbox"/> Autre :	<i>Informations préanalytiques, si applicable :</i> Heure de centrifugation :h..... Heure de congélation :h..... Heure de réfrigération :h.....
DATE ET HEURE DE RECEPTION AU LABORATOIRE		

PHARMACOGENETIQUE (tube héparinate de Lithium vert)	PHARMACOCINETIQUE
<input type="checkbox"/> DPD (2 tubes) A acheminer au laboratoire <u>dans l'heure</u> suivant le prélèvement ou se référer aux informations préanalytiques. <input type="checkbox"/> UGT_{1A1} (1 tube)* * si DPD et UGT deux tubes suffisent <input type="checkbox"/> MTHFR (1 tube) <input type="checkbox"/> TPMT (1 tube) JOINDRE : CONSETEMENT	<input type="checkbox"/> 5FU (1 tube héparinate de lithium - vert) A acheminer au laboratoire <u>dans l'heure</u> suivant le prélèvement ou se référer aux informations préanalytiques. <input type="checkbox"/> Méthotrexate (1 tube sec - rouge) <input type="checkbox"/> Autres : JOINDRE : PLAN DE CHIMIOTHERAPIE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES
(A remplir **impérativement** pour le conseil thérapeutique et le calcul de la dose).

Dépistage AVANT chimiothérapie : Protocole envisagé (*) : Date prévue de chimiothérapie :/...../.....

Dépistage APRES chimiothérapie : Protocole en cours (*) : Toxicité: Oui Non

Description de la toxicité :

<input type="checkbox"/> Hématologique	Grade : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> Diarrhée	Grade : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> Mucite	Grade : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> SMP	Grade : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> Autre :	Grade :
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Décès

■ **POIDS** =kg / **TAILLE** = cm ■ Localisation primitive de la tumeur :

■ Essai clinique : Oui (préciser :) Non ■ Radiothérapie concomitante à la chimiothérapie : Oui Non

(*) DESCRIPTION DU PROTOCOLE :

■ **Durée de perfusion de 5FU** : 4h 24h 2x23h 46h 96 h 120h ou **5FU par voie orale** : Capécitabine

Autre :

■ **Molécules associées** : Irinotécan Oxaliplatine
 Carboplatine Cisplatine Trastuzumab
 Bévacicumab Panitumumab Gemcitabine
 Docétaxel Taxotère Autre :

Information spécifique à la pharmacocinétique :
 Date et heure **DEBUT** de Perfusion :
 Date et heure **FIN** de Perfusion :