



Département de Génétique moléculaire - Tél. : 04 72 80 25 78 - Fax : 04 72 80 25 79 - Lundi - Vendredi : 07h15 - 17h30

**MEDECIN PRESCRIPTEUR**

N° RPPS : \_\_\_\_\_  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Etablissement : .....  
 Service : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....  
 Tél. : ..... Fax : .....

Identification de l'hôpital  
ou du laboratoire

Correspondant :

Date du prélèvement : \_\_\_\_\_

**PATIENT**

Mme  M.      Sexe :  F  M      Adresse : .....  
 Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Nom de naissance : .....      CP : \_\_\_\_\_ Ville : .....  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_       Externe  Hospitalisé

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (Données indispensables pour le conseil thérapeutique et le calcul de la dose)**

Patient : Poids : ..... kg      Taille : ..... cm      Localisation primitive de la tumeur : .....  
 Chimiothérapie antérieure :  Oui  Non      Date prévue de chimiothérapie : \_\_\_\_\_  
 Présence de toxicité :  Oui  Non  
 Si oui : **Grade de toxicité (1 à 5)** : \_\_\_\_\_ **Type de toxicité** :  Hématologique  Diarrhée  Mucite  SMP  Coma  
 Radiothérapie concomitante à la chimiothérapie :  Oui  Non

**DEMANDE D'ANALYSES**

**5-FU<sup>ODPM TOX TM</sup> EVALUATION DU RISQUE TOXIQUE AUX FLUOROPYRIMIDINES**  
 Dépistage pré-thérapeutique du déficit en DPD par génotypage et phénotypage (DPYD - UH<sub>2</sub>/U)  
 **UGT1A1 - EVALUATION DU RISQUE TOXIQUE À L'IRINOTÉCAN**  
 Etude du polymorphisme du gène promoteur UGT1A1

**5-FU<sup>ODPM PROTOCOL TM</sup> DOSAGE DU [5-FU] PLASMATIQUE**  
 Monitoring pharmacocinétique des chimiothérapies au 5-FU

**Date de prescription** : \_\_\_\_\_  
**Protocole en cours / envisagé** : .....  
**Durée de perfusion de 5FU** :  
 4h  2x23h  46h  96h  120h  Autre : ..... h  
**Ou 5FU par voie orale** :  
 Capécitabine  S1  Autre : .....  
**Molécules associées** :  
 Irinotécan  Oxaliplatine  Carboplatine  
 Cisplatine  Bévacicumab  Cétuximab  
 Trastuzumab  Panitumumab  Autre : .....  
**Document à joindre** :  
 ● Attestation de consultation et consentement

**Date de prescription** : \_\_\_\_\_  
**Date et heure de début de perfusion de 5FU** :  
 \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min  
**Date et heure de fin de perfusion de 5FU** :  
 \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min  
**Dose de 5FU** : ..... mg      **Acide folinique** : ..... mg  
**Molécules associées** :  
 Irinotécan  Oxaliplatine  Carboplatine  
 Cisplatine  Bévacicumab  Cétuximab  
 Trastuzumab  Panitumumab  Autre : .....  
**Document à joindre** :  
 ● Plan de chimiothérapie  
 ● Feuille de suivi pharmacocinétique

**Commentaires / Observations** : .....

