




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 :	
<input type="checkbox"/> Paul Papin <input type="checkbox"/> René Gauducheau	Prénom :	
<i>Si médecin prescripteur extérieur à l'ICO :</i>	Date de naissance :	
Adresse :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	PRELEVEUR
Téléphone (ligne directe):	<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Hospitalisé	Nom :
Fax cabinet/ service :	PRELEVEMENT	
Etablissement d'hospitalisation (adresse complète) :	<input type="checkbox"/> URGENT	<input type="checkbox"/> PAC / site implantable
	Date : ___ / ___	<input type="checkbox"/> Perfusion
	Heure : ___ : ___	<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) <i>A acheminer au laboratoire dans l'heure suivant le prélèvement ou se référer aux informations préanalytiques.</i>	<input type="checkbox"/> 5FU (1 tube héparinate de lithium - vert) <i>A acheminer au laboratoire dans l'heure suivant le prélèvement ou se référer aux informations préanalytiques.</i>
<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)	<input type="checkbox"/> Méthotrexate (1 tube sec - rouge) <input type="checkbox"/> Autres :
JOINDRE : CONSENTEMENT	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 :