


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

MEDECIN PRESCRIPTEUR		Identification de l'hôpital ou du laboratoire
N° RPPS : _____ Nom : Prénom : Etablissement : Service : Adresse : Code Postal : _____ Ville : Tél. : Fax :		Correspondant :
		Date du prélèvement : _____

PATIENT	
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Nom : Prénom : Nom de naissance : Date de naissance : _____	Adresse : CP : _____ Ville : <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Hospitalisé

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES <i>(Données indispensables pour le conseil thérapeutique et le calcul de la dose)</i>	
Patient : Poids : kg Taille : cm Traitement en cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Présence de toxicité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : Grade de toxicité (1 à 5) : _____ Type de toxicité : <input type="checkbox"/> Hématologique <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Mucite <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> Coma Radiothérapie concomitante à la chimiothérapie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Localisation primitive de la tumeur : Date prévue de chimiothérapie : _____

DEMANDE D'ANALYSES

5-FU^{ODPM TOX TM} EVALUATION DU RISQUE TOXIQUE AUX FLUOROPYRIMIDINES
 Dépistage pré-thérapeutique du déficit en DPD par génotypage et phénotypage (DPYD - UH₂/U)

UGT1A1 - EVALUATION DU RISQUE TOXIQUE À L'IRINOTÉCAN
 Etude du polymorphisme du gène promoteur UGT1A1
 Uniquement en co-prescription du 5-FU^{ODPM TOX TM}

5-FU^{ODPM PROTOCOL TM} 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 :

