



EXAMEN DE CARACTERISTIQUES GENETIQUES
APPLIQUEES A LA PHARMACOLOGIE

Formulaire de consentement libre et éclairé

Ce document doit accompagner la prescription pour les analyses demandées

Identification du patient	Etiquette du service
---------------------------	----------------------

EXAMEN DE PHARMACOGÉNÉTIQUE :

- ☐ Cytochrome P450 3A5 (**CYP3A5**)
- ☐ Thiopurine Méthyl-Transferase (**TPMT**)
- ☐ Nudix hydrolase 15 (**NUDT15**)
- ☐ DihydroPyrimidine Deshydrogenase (**DPYD**)
- ☐ Uridine diphosphate glucuronosyltransférase 1A1(**UGT1A1**)
- ☐ Autre (☎) :

INDICATIONS et CONTEXTE DE LA DEMANDE :

- ☐ Avant traitement
- Si médicament déjà prescrit : ☐ Effet indésirable ☐ Absence de réponse
- ☐ Autre :

CONSENTEMENT DU PATIENT OU DE L'AUTORITE PARENTALE

Je soussigné(e),, certifie avoir été informé(e) par le Dr des raisons et des conditions de l'examen génétique me concernant / concernant mon enfant mineur.

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet acte biologique et sa finalité (articles R.162-16-7 du décret n°95-559 du 6 mai 1995 et R.145-15-4 du décret n° 2000-570 du 23 juin 2000 du CSP).

Les résultats de cet examen seront strictement confidentiels et ne seront transmis qu'au prescripteur et à moi seul(e). Ils ne pourront être transmis à autrui sans mon autorisation expresse.

Fait à, le Signature du patient

ATTESTATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) sur les caractéristiques génétiques recherchées et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions de l'article n°R.145-15-4 lors de la consultation du /...../.....	Nom et signature du médecin prescripteur
--	--