Consentement pour l'examen des CARACTERISTIQUES GENETIQUES d'une PERSONNE APPLIQUEES A LA PHARMACOLOGIE

Ce document doit accompagner la prescription pour les analyses demandées

CHU de Rennes
Pôle de Biologie
Laboratoire de Pharmacologie Biologique UF 3071 - ☎ 0299284280

IDENTIFICATION du PATIENT (étiquette ou nom, prénom et date de naissance)	Etiquette du service	**IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL** (Si patient mineur ou majeur sous tutelle) Nom : Prénom : Lien avec le patient :

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par le Docteur **……**

quant aux raisons et aux conditions de l'examen des caractéristiques génétiques qui sera réalisé à partir :

- ☐ Du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) sur moi-même
- ☐ Du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) sur mon enfant mineur ou sur la personne majeure placée sous tutelle.

INDICATIONS et CONTEXTE DE LA DEMANDE :

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

☐ Médicament(s) concerné(s) : ……...……

EXAMEN DE PHARMACOGÉNÉTIQUE :

☐ Cytochrome P450 (CYP1A2, 2C9, 2C19, 2D6, 3A4, 3A5)
☐ ABCB1 (Pgp)
☐ VKORC1
☐ Autre (☎) : ……

☐ Thiopurine Méthyl-Transferase (TPMT)
☐ Nudix hydrolase 15 (NUDT15)

☐ DihydroPyrimidine Deshydrogenase (DPYD)
☐ Uridine diphosphate glucuronosyltransférase 1A1(UGT1A1)

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.	oui ☐ non ☐
J'autorise la conservation et l'utilisation de manière anonyme des échantillons biologiques prélevés, à des fins de recherche scientifique ou médicale ultérieure en pharmacogénétique (étude de l'influence de polymorphisme génétique sur la pharmacocinétique ou la réponse aux médicaments)	oui ☐ non ☐

Fait à	Le
Nom, prénom et signature du patient ou de son représentant légal :	Signature et cachet du médecin (Nom)