



DIAGNOSTIQUE / Service de Pathologie Clinique

Centre d'accueil des prélèvements (CAP)
Bâtiment des Laboratoires (BATLab), local 8D-0-850.1
4 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14

Laboratoire d'oncologie moléculaire et pharmacogénomique

PHARMACOGENOMIQUE

<https://www.hug.ch/feuilles-de-demande>

Médecin Chef : Prof. Laura Rubbia-Brandt
Responsable du laboratoire : Dre A.-L. Rougemont (022 37) 28 568
Responsable technique FAMH : Mme I. Gauchat-Bouchardy (022 37) 21 827
Labo direct ou résultats : Tél./Fax : (022 37) 21 830 / 21 843
labo-patomp@hcuge.ch
Centre d'accueil des prélèvements (CAP) : Tél (022 37) 21 800

M. Mme (SVP: en caractères d'imprimerie)

Nom:.....

Nom de jeune fille :.....

Prénom :.....

Date de naissance : / /

Représentant légal si patient mineur : père mère

Nom/prénom :

Rue/N°:.....

Localité, No postal :.....

Unité d'hospitalisation : Médecin :.....

N° EdS :

Adresse pour facturation: Patient Demandeur Assurance

Nature du cas : Maladie AI Accident Maternité

N° AVS (AI obligatoire) :

Assurance : N° Assuré :

Prescripteur (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax) :

Identification laboratoire :

Médecins en copie (Nom/Prénom - Rue/N°- Localité, No postal - Tel/Fax): *Le laboratoire demandeur/prescripteur a obtenu l'accord du prescripteur/patient pour transmettre des copies à d'autres médecins que le médecin prescripteur :*

Prélèvement du : Heure :

Renseignements (diagnostic et/ou traitement etc.) :

Échantillon

Date de prélèvement:

Sang veineux/EDTA.....ml, température ambiante (volume recommandé: 3 ml)

ADN purifié ng / µl (quantité recommandée : 10µg)

Référence hors HUG: Référence HUG (ADN en banque):

Frottis buccal.....

Données bio-informatique.....

CONSENTEMENT ECLAIRE

J'atteste que la personne concernée (patient, représentant légal) a bien reçu un conseil génétique conformément à la loi sur l'analyse génétique humaine (LAGH), concernant les différents aspects des analyses génétiques décrits dans le formulaire « Information au patient » et qu'elle a donné son consentement et qu'elle a disposé de suffisamment de temps pour poser des questions et prendre sa décision.

Date et signature du prescripteur obligatoire* :

Décision du patient relative à la conservation et utilisation de l'excédent de(s) échantillon(s) et des données d'analyse génétique * = obligatoire

- Le patient est d'accord que ses échantillons et données analytiques soient conservés pour une (des) éventuelle(s) analyse(s) ultérieures avec son consentement. Cocher la case « NON » implique que ses échantillons seront détruits après analyse : OUI NON
- Le patient est d'accord avec la conservation et l'utilisation anonyme de ses échantillons et données analytiques à des fins d'amélioration de la qualité des analyses génétiques : OUI NON

Utilisation de l'échantillon du patient et de ses données analytiques pour la recherche

- En principe, le patient est d'accord que son échantillon et ses données analytiques soient conservés et utilisés pour la : OUI NON
recherche. A ce stade, **sa réponse n'implique aucun engagement de sa part.**

Nom, Prénom

Réservé au laboratoire

ANALYSE – Panel des gènes pour génotypage pharmacogénétique

Panel des gènes pour génotypage pharmacogénétique (y compris Analyse bioinformatique)

Analyse bioinformatique complémentaire

Liste des gènes (cocher les gènes d'intérêt) :

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>ABCB1</i> | <input type="checkbox"/> <i>CYP2B6</i> | <input type="checkbox"/> <i>DPYD</i> | <input type="checkbox"/> <i>MTHFR</i> | <input type="checkbox"/> <i>UGT1A1</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>ABCC2^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>CYP2C19</i> | <input type="checkbox"/> <i>F2</i> | <input type="checkbox"/> <i>NAT2^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>UGT1A6^(NA)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>ABCG2^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>CYP2C8</i> | <input type="checkbox"/> <i>F5</i> | <input type="checkbox"/> <i>NUDT15^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>UGT1A7^(NA)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>ANKK1^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>CYP2C9</i> | <input type="checkbox"/> <i>GSTA1^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>OPRD1^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>UGT2B15^(NA)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>APOE</i> | <input type="checkbox"/> <i>CYP2D6</i> | <input type="checkbox"/> <i>GSTP1^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>OPRK1^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>UGT2B7^(NA)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>CES1^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>CYP2E1^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>HTR2A^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>OPRM1^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>VKORC1</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>CES2^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>CYP3A4</i> | <input type="checkbox"/> <i>HTR2C^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>POR^(NA)</i> | |
| <input type="checkbox"/> <i>COMT^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>CYP3A5</i> | <input type="checkbox"/> <i>IFLN4^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>SLCO1B1^(NA)</i> | |
| <input type="checkbox"/> <i>CYP1A2^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>CYP4F2^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>MC1R^(NA)</i> | <input type="checkbox"/> <i>TPMT</i> | |

Autres informations – Pour les demandes de génotypage TPMT, DPYD ou UGT1A1, prévoir une interprétation par les pharmacologues des HUG

Oui Non

La liste des SNP testés est disponible sur le site HUG :

https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/gr-demande-analyse/liste_snp_panel_toxicogenetique_0.pdf

^(NA) Analyse non-accréditée