

**Bon de prescription d'ANALYSES SANGUINES spécialisées auprès**  
**du Laboratoire d'Oncopharmacologie du Centre Antoine Lacassagne – Nice**  
*destiné aux prescripteurs externes au CAL*

Merci de respecter le pré-analytique indiqué au verso, et transmettre le prélèvement accompagné du bon dûment rempli et signé au Laboratoire d'Oncopharmacologie du CAL, Bâtiment B 1<sup>er</sup> étage (accès par terrasse extérieure), 33 Av de Valombrose 06189 Nice cedex 2  
 Dr Marie-Christine ETIENNE-GRIMALDI, Biologiste Responsable du Laboratoire, Dr François PETIT, Biologiste  
 Tel : 04 92 03 15 55, Fax : 04 92 03 15 49, Email : [service.oncopharmacologie@nice.unicancer.fr](mailto:service.oncopharmacologie@nice.unicancer.fr)

**Horaires de réception des prélèvements : Du lundi au vendredi de 8h à 16h30**

**PATIENT** ou étiquette

Nom d'usage : ..... Nom de naissance: .....  
 Prénom : ..... Date de naissance: ..... /..... /..... Sexe:  M  F

**PRESCRIPTEUR**

NOM, prénom : ..... Tel : ..... Fax : .....  
 Email : ..... @ .....  
 Service / Etablissement / Ville : .....  
 Date de la prescription: ...../...../..... Signature :

**PRELEVEMENT SANGUIN :**

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement: .....  
 Service : ..... Tel : ..... Nom du préleveur : ..... Signature :

**ANALYSES DEMANDÉES**

**Recherche d'altérations moléculaires en biopsie liquide:**

- Mutations *KRAS/NRAS* et *BRAF V600E*
  - Mutations *KRAS/NRAS*
  - Mutation *BRAF V600E*
  - Mutation *EGFR T790M*
  - Recherche HPV16
  - Autre\*: .....
- \* Avec accord préalable du biologiste

**Renseignements et motif à remplir obligatoirement:**

Localisation du cancer primitif : .....  
 Stade:  Localisé  Récidive  Métastase: .....  
 Situation de monitoring, préciser la (les) mutations (hotspots) à rechercher :.....  
 Recherche de marqueurs théranostiques (AMM ou hors AMM)  
 Recherche de marqueurs pronostiques  
 Progression sous traitement ciblé, préciser : .....  
 Autre : .....

**Recherche de déficit enzymatique**

- Uracilémie (recherche du déficit en DPD)
  - Activité DPD lymphocytaire\*
  - Génotypage *UGT1A1\*\**
  - Génotypage *DPYD\*\**
- \* Avec accord préalable du biologiste  
 \*\* Nécessite la signature d'un consentement spécifique qui doit être joint à la présente demande.

**Consentement joint:**  Oui  Non

**Renseignements et motif à remplir obligatoirement:**

Traitement : ..... Pathologie: .....  
 Dépistage pré-thérapeutique, préciser la date prévisionnelle d'administration: ..... /..... /.....  
 Recherche d'un déficit en situation post-toxicité  
 Préciser la toxicité :.....  
 Date de la dernière administration si fluoropyrimidine: ..... /..... /.....  
 Suspicion d'une Maladie de Gilbert  
 Autre : .....

**Dosage de médicament (Suivi Thérapeutique Pharmacologique\*\*\*)**

- Alectinib  Imatinib  5FU
  - Axitinib  Pazopanib
  - Cabozantinib  Sunitinib
  - Autre (contacter le laboratoire au préalable): .....
- \*\*\* Concentration résiduelle à l'état d'équilibre pour les ITK. Protocole spécifique pour 5FU (voir verso).

**Motif à remplir obligatoirement:**

- Optimisation posologique, préciser le cas échéant :
  - en situation d'effet indésirable
  - en situation d'échec thérapeutique
- Suspicion d'interaction médicamenteuse:.....
- Suspicion de mauvaise observance

**Renseignements à fournir obligatoirement:**

**Pour ITK:**  
 Date de début du traitement (jj/mm/aa): ...../...../.....  
 Dernière prise du médicament:  
 Date: ...../...../..... Heure: .....  
 Dose par prise: ..... mg Nombre de prise/jour : .....  
**Pour 5FU:** Date et heure effectives du début de la perfusion continue : ...../...../..... : ..... (h:min)  
 Durée effective de la perfusion : ..... h ..... min  
 Dose administrée en perfusion continue: ..... mg/m<sup>2</sup>  
 Utilisation d'une pompe à débit contrôlé :  oui  non  
 Protocole de chimiothérapie : .....  
 Administration initiale d'un bolus de 5FU :  oui  non

**RÉCEPTION et CONFORMITÉ DU PRÉLÈVEMENT** (destiné au laboratoire d'Oncopharmacologie)

Prélèvement(s) conforme(s) :  
 Oui  Non, préciser : .....  
 Date et heure de réception au laboratoire : .....  
 Personne ayant réceptionné le prélèvement : .....

## INFORMATIONS PRATIQUES

### sur les conditions de prélèvement et d'acheminement des échantillons et cotations

*Le non-respect des conditions ci-dessous est un motif de refus du prélèvement.*

Si les conditions de transport des prélèvements ne peuvent pas être satisfaites, le patient peut prendre directement rendez-vous pour être prélevé au Service des Prélèvements Externes du Centre Antoine Lacassagne (Rez-de-chaussée du Bâtiment A, Tel 04 92 03 11 00).

- **Biologie moléculaire sur biopsie liquide** (cotation N451 par gène, ou N131 pour HPV16)

Prélèvement : **2 tubes de sang 9 ml de sang sur EDTA** (bouchon violet) OU **2 tubes de sang 9 ml sur Cell-Free DNA BCT®** (Streck)

Condition de transport au laboratoire d'Oncopharmacologie:

- **Pour les tubes EDTA** : Acheminement à température ambiante avec **réception dans l'heure qui suit**.
- **Pour les tubes Streck** : Acheminement à **température ambiante (ne pas mettre au froid)** et **réception dans les 72 heures**.

Réception au laboratoire d'Oncopharmacologie avant 16h30.

- **Uracilémie** (code NABM 0500)

Prélèvement : **1 tube de sang de 4 ml sur héparinate de Li sans gel** (bouchon vert-noir)

Le tube doit être placé au contact d'eau + glace (ou dans un conditionnement réfrigéré équivalent) et être **acheminé à +4°C dans les 2 heures**.

Réception au laboratoire d'Oncopharmacologie avant 16h30.

- **Activité DPD lymphocytaire** (non coté)

Prélèvement : **6 tubes de sang bien plein de 4 ml sur héparinate de Li sans gel** (bouchon vert-noir)

Le tube doit être placé au contact d'eau + glace (ou dans un conditionnement réfrigéré équivalent) et être **acheminé à +4°C dans les 2 heures maximum**. Réception au laboratoire d'Oncopharmacologie **avant 15h**.

- **Génotypage UGT1A1** (M104) **ou DPYD** (non coté)

Le prélèvement doit obligatoirement être accompagné du consentement spécifique signé.

Prélèvement : **1 tube de sang de 4 ml sur EDTA** (bouchon violet)

Acheminement à **température ambiante dans la journée**

Réception au laboratoire d'Oncopharmacologie avant 16h30.

- **Dosage de médicament** (code NABM 1657)

Pour les ITK (traitement continu *per os*):

Le prélèvement doit être réalisé à l'état d'équilibre, avant la prise du comprimé ( $\pm$  2 heures, correspondant à la concentration résiduelle).

Prélèvement : **1 tube de sang de 4 ml sur EDTA** (bouchon violet) **ou Héparinate de Li** (bouchon vert-noir), **sans gel**.

Acheminement à **température ambiante avec réception dans les 24 heures au maximum**

Réception au laboratoire d'Oncopharmacologie avant 16h30.

Pour le 5FU (schémas LV5FU2, FOLFOX, FOLFIRI, associés ou non à une thérapie ciblée) :

La perfusion de 5FU doit être réalisée à l'aide d'une pompe à débit contrôlé.

Prélèvement : **1 tube de sang de 4 ml sur EDTA** (bouchon violet) **ou Héparinate de Li** (bouchon vert-noir), **sans gel**.

Le prélèvement doit être réalisé au minimum 4h après le début de la perfusion, idéalement (si possible) le matin du second jour de la perfusion entre 8h et 11h.

**Le tube doit être placé au contact d'eau + glace (ou dans un conditionnement réfrigéré équivalent) et être acheminé au laboratoire dans les 30 min maximum** (délai maximum pour la centrifugation). **Si la centrifugation est réalisée à l'extérieur du CAL, le plasma (conservé à -20°C) doit être transmis en congélation au laboratoire d'oncopharmacologie.**

Réception au laboratoire d'Oncopharmacologie avant 16h30.