

## Bon de prescription de recherche de déficit enzymatique et dosage d'anticancéreux au 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 de déficit enzymatique :

- Uracilémie
  - Activité DPD lymphocytaire \*
  - Génotypage *DPYD* \*\*
  - Génotypage *UGT1A1* \*\*
  - Hémochromatose héréditaire de type 1 (génotypage *HFE*) \*\*
- \*\* Ces analyses nécessitent la signature d'un consentement spécifique qui doit être joint à la présente demande.

Consentement joint :  Oui  Non

##### Motif et renseignements à fournir obligatoirement:

- Dépistage pré-thérapeutique, préciser le traitement : .....
- Date prévisionnelle d'administration: ..... / ..... / .....
- Recherche d'un déficit en situation post-toxicité, préciser :  
Le traitement : .....
- La toxicité : .....
- Date de dernière administration si fluoropyrimidine:  
..... / ..... / .....
- Suspicion d'une Maladie de Gilbert ou Crigler-Najjar
- Autre : .....

##### Dosage de médicament:

##### Concentrations résiduelles ITK et PARP-inhibiteur

- |                                       |                                     |                                    |
|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alectinib    | <input type="checkbox"/> Imatinib   | <input type="checkbox"/> Olaparib  |
| <input type="checkbox"/> Axitinib     | <input type="checkbox"/> Lenvatinib | <input type="checkbox"/> Pazopanib |
| <input type="checkbox"/> Crizotinib   | <input type="checkbox"/> Lorlatinib | <input type="checkbox"/> Sunitinib |
| <input type="checkbox"/> Cabozantinib | <input type="checkbox"/> Autre*:    |                                    |

##### Motif:

- Aide à l'optimisation posologique en  situation d'effet indésirable  
 situation d'échec
- Suspicion d'interaction médicamenteuse:
- Suspicion de mauvaise observance

##### Renseignements à fournir obligatoirement:

Date de début du traitement (jj/mm/aa): ..... / ..... / .....  
 Dernière prise du médicament:  
 Date : ..... / ..... / ..... Heure: .....  
 Dose par prise: ..... mg  
 Nombre de prise quotidienne : .....  
 Pathologie : .....

##### Dosage plasmatique du 5FU \*

Protocole de chimiothérapie : .....  
 Utilisation d'une pompe à débit contrôlé:  oui  non

\* Avec accord préalable du biologiste

##### Renseignements à fournir obligatoirement:

Date et heure réelles début de la perfusion continue:  
 ..... / ..... / ..... : ..... (h:min)  
 Durée réelle de la perfusion : ..... h ..... min  
 Dose totale en perfusion continue: ..... mg/m<sup>2</sup>  
 Administration initiale d'un bolus de 5FU :  oui  non

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

Prélèvement(s) conforme(s) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, préciser : .....	Date et heure de réception au laboratoire : Personne ayant réceptionné le prélèvement :
---	--

**Voir les informations pratiques au verso**

**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).

➤ **Uracilémié** (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) ou **Hémochromatose héréditaire** (génotypage HFE, NABM 8000)

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 Inhibiteurs de tyrosine kinase ou anti-PARP (traitement continu per os):

Le prélèvement doit être réalisé à l'état d'équilibre, avant la prise du comprimé (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 :

Le suivi thérapeutique pharmacologique du 5FU, i.e. l'adaptation posologique au cycle n+1 en fonction de la concentration mesurée pendant la perfusion continue au cycle n, est validée pour les schémas FOLFOX, FOLFIRI, FOLFIRINOX, LV5FU2 (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 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.