

Numéro de dossier	
Date de réception	
Numéro de la demande	

(Réservé à LabGenetics)

DEMANDE DE DIAGNOSTIC GÉNÉTIQUE DE MALADIES PHARMACOGÉNÉTIQUE

PATIENT OU DONNEUR DE L'ÉCHANTILLON		
Prénom	Nom:	
Carte d'identité:	Âge:	N° Dossier Clinique:
Antécédents:		

CENTRE MÉDICAL OU LABORATOIRE		
Nom o Raison Sociale:		CIF/NIF:
Adresse:		Ville:
Province:	Code Postal:	Province:
Fax:	Courrier électronique :	

ÉCHANTILLONS ENVOYÉS*		
Référence	Type d'échantillon (Brève description)	Code LabGenetics

ANALYSE DEMANDÉ	
<input type="checkbox"/> CANCER DU SEIN (<i>HER2/NEU</i>)	<input type="checkbox"/> MASTOCITOSE
<input type="checkbox"/> CANCER DU POU MON (<i>NSCLC</i>) - <i>EGF</i>	<input type="checkbox"/> TOXICITÉ AU 5-FLUORO URACIL
<input type="checkbox"/> CYP2D6	<input type="checkbox"/> Allèle 2A (<i>IVS14+1G-A</i>) sur le gène DPD
<input type="checkbox"/> CYP2C9	<input type="checkbox"/> Allèles 3, 7, 8, 9 et 10 sur le gène DPD
<input type="checkbox"/> CYP2C19	<input type="checkbox"/> TOXICITÉ À L'IRINOTECAN (<i>UGT1A1</i>)
<input type="checkbox"/> HYPERSENSIBILITÉ À ABACAVIR	<input type="checkbox"/> TPMT (TOXICITÉ AU THIOPURINES)
<input type="checkbox"/> LEUCÉMIE MYELOÏDE CHRONIQUE	<input type="checkbox"/> TUMEUR GASTROINTESTINALE (<i>GIST</i>)
<input type="checkbox"/> LEUCÉMIE MYELOÏDE AIGÜE	
<input type="checkbox"/> Exons 8, 11 et 17 du gène KIT (<i>CD117</i>)	<input type="checkbox"/> Exons 9, 11, 13 et 17 du gène KIT (<i>CD117</i>)
<input type="checkbox"/> Exons 14 et 20 (gène <i>FLT3</i>) inclut l'ASP835	<input type="checkbox"/> Exons 12 et 18 du gène <i>PDGFRA</i>
<input type="checkbox"/> PHARMACOGÉNÉTIQUE À LA CARTE: _____	

À _____, le _____ 200__

Nom: _____ Signature : _____

L'ensemble des informations à caractère personnel contenues dans le présent formulaire sont incorporées, tout comme les résultats des analyses, à un fichier qui reste sous la responsabilité de LabGenetics. Conformément à la législation en vigueur, toutes les personnes évoquées sur le présent document pourront exercer leur droit d'opposition, d'accès, de rectification et d'annulation, par voie de courrier électronique dûment identifié, à l'adresse info@labgenetics.com.es.

Envoi des Résultats	<input type="checkbox"/> Courrier ordinaire	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Courrier électronique
----------------------------	---	------------------------------	--