

DEMANDES D'ANALYSES DE PHARMACOGENETIQUE (1 tube EDTA)\*

MEDECIN PRESCRIPTEUR	BADGE ET DATE

Consentement signé (*obligatoire*)\*\* :  Oui  Non Test accrédité ISO15189

Traitements prévus : .....

Traitements en cours : .....

Effets indésirables observés :

Absence de réponse  Surdosage  Autres : .....

Dans un contexte de greffe :  Receveur  Donneur

**Enzymes de métabolisation (phase I)**

- CYP2B6 CYP2B6\*6,\*11,\*18 encodage CGL
- CYP2C9 CYP2C9\*2,\*3 encodage CGL
- CYP2C19 CYP2C19\*2,\*3,\*17 encodage CGL
- CYP2D6 CYP2D6\*2,\*3,\*4,\*5,\*6,\*7,\*8,\*9,\*10,\*11,\*15,\*17,\*29,\*35,\*41, + duplications encodage CGL
- CYP3A4 CYP3A4\*22 encodage CGL
- CYP3A5 CYP3A5\*3>(\*6) encodage CGL
- DPYD exons 2-6-10-11-13-14-18-19-22 + IVS14+1 encodage CGL

**Enzymes de métabolisation (phase II)**

- NAT2 NAT2\*4,\*5,\*6,\*7,\*14 (tel.: 46725)<sup>1</sup>
- TPMT TPMT\*2,\*3A,\*3B,\*3C,\*4  
+ séquençage des exons 5-6-7-10 encodage CGL
- UGT1A1 UGT1A1\*28,\*36,\*37 {A(TA)<sub>n</sub>TAA} + \*6 encodage CGL

Attention : UGT1A1 contexte syndrome de Crigler Najjar (voir bon 27G)

**Protéines de transport**

- ABCB1 3435C>T, 1199G>A encodage CGL
- SLCO1B1 SLCO1B1\*1b,\*5,\*15 encodage CGL

\* Conservation maximum 1 semaine entre 2 et 8°C / Transport endéans les 24 heures à température ambiante (non critique) \*\* Analyse remboursée si répond aux critères de l'article 33

<sup>1</sup> contact préalable indispensable pour la réalisation de ces tests (Pr.V.Haufroid : Tel 46725)

**Divers**

- IL28B            rs8099917 (T>G) + rs12979860 (C>T)            **encodage CGL**
- MTHFR            C677T + A1298C            **encodage CGL**
- PON1            Q192R            **encodage CGL**
- VKORC1 sensibilité -1639G>A + 1173C>T            **encodage CGL**
- VKORC1 résistance -1639G>A + 1173C>T + 3 exons            **encodage CGL**

**Autre (+ justification médicale)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\* Conservation maximum 1 semaine entre 2 et 8°C / Transport endéans les 24 heures à température ambiante (non critique) \*\* Analyse remboursée si répond aux critères de l'article 33  
<sup>1</sup> contact préalable indispensable pour la réalisation de ces tests (Pr.V.Haufroid : Tel 46725)  
FORM 4133 – rev5 04.2016