



## DEMANDE D'ANALYSE DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

<b>Nom/prénom et adresse du patient</b>   Date de naissance     /     / Sexe <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<b>Facturation à</b> <input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Caisse-maladie N° ass. <input type="checkbox"/> AI Canton N° AVS  <b>Copie à</b>	<b>Prise de sang</b>  Date ..... Heure ..... <b>Demandeur / Institution</b> Nom et adresse du médecin
--	--	---

**Dosage demandé** voir indications importantes au verso concernant le prélèvement sanguin

<b>Antidépresseurs</b> <input type="radio"/> Amitriptyline* <input type="radio"/> Nortriptyline <input type="radio"/> Bupropion* <input type="radio"/> Paroxétine <input type="radio"/> Citalopram* <input type="radio"/> Réboxétine <input type="radio"/> Clomipramine* <input type="radio"/> Sertraline <input type="radio"/> Duloxétine <input type="radio"/> Trazodone <input type="radio"/> Escitalopram* <input type="radio"/> Trimipramine* <input type="radio"/> Fluoxétine* <input type="radio"/> Venlafaxine* <input type="radio"/> Fluvoxamine <input type="radio"/> Vortioxétine <input type="radio"/> Miansérine <input type="radio"/> Mirtazapine* <input type="radio"/> Moclobémide  <b>Autre</b> <input type="checkbox"/> Atomoxétine §	<b>Antipsychotiques</b> <input type="radio"/> Amisulpride <input type="radio"/> Aripiprazole* <input type="radio"/> Asénapine <input type="radio"/> Brexpiprazole <input type="radio"/> Cariprazine* <input type="radio"/> Chlorprothixène <input type="radio"/> Clozapine* <input type="radio"/> Flupentixol <input type="radio"/> Halopéridol <input type="radio"/> Lévomépromazine <input type="radio"/> Lurasidone  <input type="radio"/> Olanzapine <input type="radio"/> Palipéridone <input type="radio"/> Pipampérone <input type="radio"/> Promazine <input type="radio"/> Quétiapine* <input type="radio"/> Risperidone* <input type="radio"/> Sertindole <input type="radio"/> Zuclopenthixol  <b>Thymorégulateurs</b> <input type="checkbox"/> Lithium#	<b>Produits de substitution</b> <input type="checkbox"/> (R,S)-Méthadone <input type="checkbox"/> (R,S)-Méthadone cinétique § <input type="checkbox"/> (R)-Méthadone <input type="checkbox"/> (R)-Méthadone cinétique §  <b>Anti-Alzheimer</b> & <input type="checkbox"/> Donépézil & <input type="checkbox"/> Galantamine & <input type="checkbox"/> Mémantine & <input type="checkbox"/> Rivastigmine*#§
---	--	--

\* dosage de métabolite(s) effectué    # attention à l'envoi et/ou au tube (cf. verso)    § attention à l'heure de prise de sang (cf. verso)  
 & Le patient a été informé que ces analyses (hors liste OFAS) ne sont en général pas prises en charge par les caisses maladie (140 CHF).

**Médication** (indiquer toute médication et changements de doses au moins dans les 7 derniers jours)

Médicament(s) à doser	Forme retard    dépôt	Doses (matin-midi-soir-nuit)	Depuis	Dernière prise du médicament
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....	date ..... heure .....
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....	date ..... heure .....
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....	date ..... heure .....

**Comédications** .....

**Diagnostic(s)** ..... **Symptômes cibles** .....

**Effet thérapeutique**  très bon  bon  moyen  minime  sans changement ou péjoré  indéterminé

**Effets secondaires**  aucun  faibles  modérés  sévères  indéterminés

- Neurologiques  somnolence/sédation  tension/agitation intérieure  céphalées  
 Extrapyramidaux  dystonie  rigidité  hypokinésie  akinésie  trémor  akathisie  
 Métaboliques  prise de poids  hyperglycémie  hyperlipidémie  
 Cardio-vasculaires  hypotension  hypertension  tachycardie  QT long  
 Gastro-intestinaux  nausées/vomissements  diarrhée  constipation  hypo- ou  hypersalivation  
 Urogénitaux  difficulté de miction  polyurie  dysfonction sexuelle  
 Autres .....

**Poids** ..... kg    **Insuffisance**  rénale  hépatique  aucune    **Fumeur**  oui  non

**Motif de la demande**

- bilan d'entrée     changement de la médication     contrôle: évolution/taux     contrôle de l'adhésion médicamenteuse  
 non-réponse     effet secondaire     suspicion d'intoxication     interaction médicamenteuse

questions, commentaires .....



## INSTRUCTIONS POUR LE DOSAGE DES MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

Prière de remplir les informations cliniques si vous désirez une interprétation pharmacologique du résultat.

**Prélèvements sanguins:** environ **2.5 ml sang EDTA** décantés ou non sauf exceptions ci-dessous.

Eviter les prélèvements avec gel séparateur. Autres types de prélèvements possibles, nous contacter si besoin.

Exceptions: - **lithium:** uniquement 2-4 ml de sang complet natif ou > 0.5-1 ml de sérum décanté.

- **rivastigmine:** uniquement tubes Glucose avec NaF (attention à la stabilité cf. envoi échantillon).

**Heure de prise de sang:** juste avant la prise du médicament (formes orales), ou juste avant l'injection (formes dépôts).

=> important de préciser sous « médicament(s) à doser » si dose du médicament reçue en 1 ou plusieurs prises par jour.

Exceptions: - **atomoxétine, rivastigmine oral:** prise de sang **60-90 min** après la prise du médicament.

- **rivastigmine patch:** prise de sang **1h** avant de changer le patch.

- **trazodone:** prise de sang **12h** après la prise du médicament.

- **méthadone cinétique:** **1<sup>ère</sup>** prise de sang juste avant la prise de méthadone et **2<sup>ème</sup>** prise de sang **4h** après la prise de méthadone. Attention cinétique interprétable uniquement si dose en une seule prise par jour !

**Envoi des échantillons:** Les échantillons peuvent nous être adressés tous les jours par courrier A à l'adresse suivante:

Laboratoire UPPC, Centre de neurosciences psychiatriques, Hôpital de Cery, 1008 Prilly

Exception: - **rivastigmine:** ne pas centrifuger les tubes, envoyer les tubes de sang complet en courrier A du lundi au jeudi; ne pas prélever le vendredi ni le samedi (pas stable même à 4°C durant le weekend).

**Délai d'équilibration:** respecter un délai d'équilibration entre le prélèvement sanguin et le dernier changement de posologie:

Médicament	Délai d'équilibration à posologie constante		
Amisulpride	4 jours		
Amitriptyline		1 semaine	
Aripiprazole			2 semaines (oral), 4 mois (dépôt)
Asénapine		1 semaine	
Atomoxétine	4 jours		
Brexpiprazole			2 semaines
Bupropion		1 semaine	
Cariprazine			2 semaines
Chlorprothixène		1 semaine	
Citalopram		1 semaine	
Clomipramine		1 semaine	
Clozapine	4 jours		
Donépézil			2 semaines
Duloxétine	4 jours		
Escitalopram		1 semaine	
Fluoxétine			4 semaines
Flupentixol		1 semaine (oral)	3 mois (dépôt)
Fluvoxamine		1 semaine	
Galantamine		1 semaine	
Halopéridol		1 semaine (oral)	3 mois (dépôt)
Lévomépromazine		1 semaine	
Lithium		1 semaine	
Lurasidone		1 semaine	
Mémantine			2 semaines
(R,S)-Méthadone / (R)-Méthadone		1 semaine	
Miansérine		1 semaine	
Mirtazapine		1 semaine	
Moclobémide	2 jours		
Nortriptyline		1 semaine	
Olanzapine		1 semaine	
Palipéridone orale		1 semaine	
Palipéridone dépôt		Début traitement avec dose de charge: 1 semaine après la 1 <sup>ère</sup> injection	Changement de posologie: 3-6 mois
Paroxétine		1 semaine	
Pipampérone	4 jours		
Promazine		1 semaine	
Quétiapine / quétiapine XR	2 jours		
Réboxétine	4 jours		
Rispéridone		1 semaine (oral)	2 mois (dépôt)
Rivastigmine	1 jour (oral)	1 semaine (patch)	
Sertindole			2 semaines
Sertraline		1 semaine	
Trazodone / trazodone retard	2 jours		
Trimipramine		1 semaine	
Venlafaxine / venlafaxine ER	4 jours		
Vortioxétine			2 semaines
Zuclopenthixol		1 semaine (oral et Acutard)	3 mois (dépôt)