



GENOTYPAGE CYTOCHROME P450 2D6, 2C9 et 2C19

Nom, prénom, adresse du patient:	Facturation à :	Adresse demandeur/Institution:
→	<input type="checkbox"/> Demandeur:	→
→		→
→	<input type="checkbox"/> Caisse-maladie:	→
→		→
→	N° ass:	
Date de naissance: / /	<input type="checkbox"/> Autre:	
Sexe: <input type="radio"/> féminin <input type="radio"/> masculin		Reçu au labo UPPC le

Génotypage demandé:

- Cytochrome P450 2D6** (CYP2D6 ; analyse des allèles *3, *4, *6, *XN dupliqué/multiplié)
- Cytochrome P450 2C9** (CYP2C9 ; analyse des allèles *2, *3)
- Cytochrome P450 2C19** (CYP2C19 ; analyse des allèles *2, *3, *17)

Attention : cette analyse n'est pas assurée de routine. Téléphoner au laboratoire pour s'assurer des délais !

Heure de prise de sang non critique; **5 ml de sang complet K-EDTA**, ne pas centrifuger ni congeler, expédier immédiatement par courrier A au laboratoire (réfrigération non nécessaire)

Origine: Européen Asiatique Noir Africain / Noir Américain Nord Africain Autre :

Motif de la demande (mettre une X pour ce qui convient):

- non-réponse (svp préciser médication et dose)
- effet(s) secondaire(s) (svp préciser)
- suspicion d'intoxication (svp préciser)
- suspicion de métaboliseur ultrarapide lent (svp préciser)
- Autres :

Nous attirons l'attention des médecins prescripteurs sur le fait que les examens génétiques nécessitent le consentement éclairé du patient. De ce fait, en formulant une demande d'analyse génétique, le médecin déclare avoir dûment informé son patient des principaux aspects propres à ce type d'examen et avoir obtenu son accord pour effectuer l'analyse mentionnée.

Dès le 1^{er} janvier 2017, ces analyses sont remboursées par **l'assurance maladie de base uniquement si elles sont prescrites par un médecin titulaire du titre postgrade fédéral en pharmacologie et toxicologie cliniques** (Extraction d'ADN par échantillon (2021.00) : CHF 61.- ; Analyse pharmacogénétique (2150.10) par allèle analysé : CHF 93.- sauf CYP2D6*XN (2250.10) CHF 105.-).

Lieu et date : Signature (lisible) du médecin traitant:

Pour le laboratoire uniquement, ne pas remplir

Code :

Date Extr. DNA							
CYP2D6	<i>wt</i>	<i>mut</i>	<i>Date 1</i>	<i>Date 2</i>	Résultat		
Mut *3					<input type="radio"/> wt / wt <input type="radio"/> wt / mut <input type="radio"/> mut / mut		
Mut *4					<input type="radio"/> wt / wt <input type="radio"/> wt / mut <input type="radio"/> mut / mut		
Mut *6					<input type="radio"/> wt / wt <input type="radio"/> wt / mut <input type="radio"/> mut / mut		
	5.2 kb	3.6 kb	<i>Date 1</i>	<i>Date 2</i>			
Mut *XN					<input type="radio"/> absent <input type="radio"/> présent (dupli./multi.)		
CYP2C9	<i>wt</i>	<i>mut</i>	<i>Date 1</i>	<i>Date 2</i>	Résultat		
Mut *2					<input type="radio"/> wt / wt <input type="radio"/> wt / mut <input type="radio"/> mut / mut		
Mut *3					<input type="radio"/> wt / wt <input type="radio"/> wt / mut <input type="radio"/> mut / mut		
CYP2C19	<i>wt</i>	<i>mut</i>	<i>Date 1</i>	<i>Date 2</i>	Résultat		
Mut *2					<input type="radio"/> wt / wt <input type="radio"/> wt / mut <input type="radio"/> mut / mut		
Mut *3					<input type="radio"/> wt / wt <input type="radio"/> wt / mut <input type="radio"/> mut / mut		
Mut *17					<input type="radio"/> wt / wt <input type="radio"/> wt / mut <input type="radio"/> mut / mut		

Commentaires éventuels :



Consentement éclairé pour:

Analyse moléculaire de polymorphismes génétiques

Analyse(s) concernée(s): Cytochrome P450

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

« Je confirme avoir reçu une information détaillée sur la nature de cette analyse génétique, son but, ses modalités, ses risques, et ses implications. J'ai eu suffisamment de temps pour poser des questions et prendre ma décision. Par ma signature, j'autorise donc la réalisation de cette analyse sur mon échantillon biologique. ».

Ma décision relative à la conservation de(s) l'échantillon(s):

- Dans la mesure du possible, l'échantillon doit être conservé pour analyse additionnelle éventuelle dans mon intérêt et avec mon accord uniquement ;
Il peut également être utilisé pour la recherche médicale *après anonymisation*.
- Dans la mesure du possible, l'échantillon doit être conservé pour analyse additionnelle éventuelle dans mon intérêt et avec mon accord uniquement.
- L'échantillon doit être détruit après analyse.
- Autre : _____

Signature : _____
(parent/représentant légal le cas échéant)

Lieu et date : _____

Pour le laboratoire: N° interne de l'échantillon: _____