Unité de pharmacogénétique et psychopharmacologie clinique (UPPC)
Centre de neurosciences psychiatriques - Route de Cery 11b, 1008 Prilly

www.chuv.ch/uppc
labo.uppc@chuv.ch

Renseignements techniques : 021 314 22 64
Rendez-vous prise de sang : 021 314 19 02
Consultation psychopharmacologie : 021 314 27 07

GENOTYPAGE CYTOCHROME P450 2D6, 2C9 et 2C19

Nom, prénom, adresse du patient:	**Facturation à** : ☐ Demandeur: ☐ Caisse-maladie: N° ass: ☐ Autre:	**Adresse demandeur/Institution**:
Date de naissance (jj.mm.aaaa): Sexe: ❍ féminin ❍ masculin		**Date et heure du prélèvement :** 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)

***Prélever ~5 ml de sang complet (tube K-EDTA)**, heure de prise de sang non critique, ne pas centrifuger ni congeler l'échantillon.*
***Ou prélever deux écouvillons buccaux (joue gauche + joue droite)**. Utiliser des écouvillons stériles Isohelix™ SK-4S ou équivalent. Suivre la procédure ci-jointe pour le prélèvement correct des écouvillons.*
*Expédier immédiatement les échantillons 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 1er 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 (6001.03) : CHF54.90.- ; Analyse pharmacogénétique (6500.50) par allèle analysé : CHF 83.70.- sauf CYP2D6*XN (6500.51) CHF 94.50.-).

Médecin demandeur :
Conformément à la loi sur l'analyse génétique humaine (LAGH), j'ai dûment expliqué la procédure de l'analyse génétique, y compris ses limites, à la personne nommée ci-dessus et répondu aux questions qu'elle souhaitait poser.

Nom : _____ Prénom : _____

Lieu et date : _____ Signature du médecin : _____

Timbre :

Unité de pharmacogénétique et psychopharmacologie clinique (UPPC)
Centre de neurosciences psychiatriques - Route de Cery 11b, 1008 Prilly

www.chuv.ch/uppc
labo.uppc@chuv.ch

Renseignements techniques : 021 314 22 64
Rendez-vous prise de sang : 021 314 19 02
Consultation psychopharmacologie : 021 314 27 07

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 : _____ Lieu et date : _____
(parent/représentant légal le cas échéant)

Nom et prénom du représentant légal : _____

Unité de pharmacogénétique et psychopharmacologie clinique (UPPC)
Centre de neurosciences psychiatriques - Route de Cery 11b, 1008 Prilly

www.chuv.ch/uppc
labo.uppc@chuv.ch

Renseignements techniques : 021 314 22 64
Rendez-vous prise de sang : 021 314 19 02
Consultation psychopharmacologie : 021 314 27 07

PRÉLÈVEMENT D'ÉCOUVILLONS BUCCAUX

Important !

Ne pas manger pendant au moins 1 heure avant le prélèvement.
Ne pas consommer de thé, café, soda pendant au moins 1 heure avant le prélèvement.
Ne pas fumer pendant au moins 1 heure avant le prélèvement.
Ne pas se brosser les dents pendant au moins 1 heure avant le prélèvement.

Ces substances dégradent l'ADN et rendent les analyses impossibles à réaliser.

Effectuer si possible le prélèvement le matin, dès le réveil**.**

Préparation

1. **Se rincer la bouche avec de l'eau tiède.**
   Ne pas utiliser de dentifrice, lotions de rinçage ou chewing-gum.
2. **Se laver soigneusement les mains** avant d'ouvrir l'emballage contenant l'écouvillon stérile.
3. **Ouvrir l'emballage du côté du bâtonnet,** partie opposée de la tête de l'écouvillon.
4. Utiliser deux écouvillons, **un pour chaque joue**.
5. Prendre un des deux écouvillons en veillant à ce que la tête de l'écouvillon n'entre ni en contact avec vos mains, ni avec tout autre objet, tel que la table.

Prélèvement

1. **Frotter fermement l'écouvillon dans la bouche**, le long de la joue **pendant 1 minute.**
2. Tourner l'écouvillon sur lui-même afin de collecter suffisamment de cellules épithéliales.
3. **Placer le 1er écouvillon**, **tête en haut** immédiatement après le prélèvement **dans un verre propre**.
4. **Utiliser le 2ème écouvillon,** effectuer le prélèvement comme indiqué ci-dessus.
5. Laisser sécher les écouvillons à l'air libre **au minimum 5 minutes**.
6. Mettre les deux écouvillons séchés dans une **enveloppe en papier** puis la fermer.
7. Écrire lisiblement ou étiqueter le **nom** et la **date de naissance** de la personne testée sur l'enveloppe.
8. Plier l'enveloppe afin de **bien protéger** les écouvillons.
9. Mettre la **1ère enveloppe** contenant les deux écouvillons dans une **2ème enveloppe** pour l'envoi des échantillons.

Important !

Les écouvillons buccaux ne doivent **absolument pas** être stockés dans du plastique.
Il y a un **risque de dégradation** des échantillons qui rend des analyses génétiques impossibles à réaliser.

Envoi

Envoyer les échantillons par Courrier A ou par coursier à l'adresse suivante :

Unité de Pharmacogénétique et
Psychopharmacologie Clinique (UPPC)
Centre de neurosciences psychiatriques
Route de Cery 11B
CH-1008 Prilly