



Auftragsformular für die Genotypisierung der ZYTOCHROME P450 2D6, 2C9 und 2C19

Name, Vorname und Adresse des Patienten: Geburtsdatum: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	Rechnungsadresse : <input type="checkbox"/> Auftragsteller: <input type="checkbox"/> Krankenkasse: Versicherten Nr.: <input type="checkbox"/> Anderes:	Adresse des Auftraggebers: Datum und Uhrzeit der Probenahme : Im Labor erhalten am:
---	---	--

Verlangte Genotypisierung:

- Zytochrom P450 2D6** (CYP2D6 ; Analyse der Allele *3, *4, *6, *XN dupliziert/vervielfacht)
- Zytochrom P450 2C9** (CYP2C9 ; Analyse der Allele *2, *3)
- Zytochrom P450 2C19** (CYP2C19 ; Analyse der Allele *2, *3, *17)

Entnahme von ~5 ml Vollblut (K-EDTA-Röhrchen), unkritische Zeit der Blutentnahme, Probe nicht zentrifugieren oder einfrieren.

Oder zwei Mundabstrichen (linke Wange + rechte Wange) entnehmen. Sterile Isohelix™SK-4S oder gleichwertige Abstrichtupfer verwenden. Befolgen Sie das beiliegende Verfahren zur korrekten Entnahme der Abstrichtupfer. Die Proben sofort per **A-Post** an das Labor schicken (Kühlung nicht erforderlich).

Herkunft: Europäer Asiat Schwarzafrikaner / Afroamerikaner Nordafrikaner Andere :

Anlass zur Frage (bitte zutreffendes ankreuzen):

- "non-response" (bitte Medikation und Dosierung angeben)
- Nebenwirkung/en (bitte angeben)
- Intoxikationsverdacht (bitte präzisieren)
- Verdacht auf ultraschnelle Metabolisierung langsame Metabolisierung.....
- Anderes :

Wir möchten die verschreibenden Ärzte darauf aufmerksam machen, dass für genetische Analysen eine Einverständniserklärung des Patienten notwendig ist. Deswegen erklärt der Arzt mit dieser Anfrage, dass er den Patienten ordnungsgemäss über die wesentlichen Aspekte dieser Art von Analysen informiert hat und sein Einverständnis für die Ausführung der verlangten Analyse erhalten hat.

Ab dem 1. Januar 2017 werden **die Kosten dieser Analysen von der obligatorischen Krankenkasse nur für Verschreibungen der Analysen durch Ärztinnen und Ärzte mit eidgenössischem Weiterbildungstitel in klinischer Pharmakologie und und Toxikologie übernommen.** (DNA-Extraktion pro Probe (6001.03): CHF 54.90.- ; Pharmakogenetische Analyse pro Allele (6500.50): CHF 83.70.- außer CYP2D6*XN (6500.51) CHF 94.50.-).

Ort und Datum : **Unterschrift** (leserlich) des behandelnden Arztes:

Nur für das Labor, bitte nicht ausfüllen

Code :

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

Datum des Berichts:

Technikervisum:



Einverständniserklärung für:

Molekulare Analysen von genetischen Polymorphismen

Betroffene Analyse(n): **ZYTOCHROME P450**

Name : _____ Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

« Ich bestätige, dass ich detaillierte Informationen über das Wesen dieser genetischen Analyse, ihr Ziel, ihre Modalitäten, ihre Risiken und ihre Folgen erhalten habe. Ich hatte genügend Zeit, um Fragen zu stellen und meine Entscheidung zu treffen. Mit meiner Unterschrift gestatte ich die Durchführung dieser Analyse(n) mit meiner biologischen Probe. »

Meine Entscheidung betreffend der Aufbewahrung der Probe(n) :

- Wenn möglich wird die Probe für eventuell durchzuführende zusätzliche Analysen in meinem Interesse und nur mit meiner Zustimmung aufbewahrt;
Nach Anonymisierung kann die Probe ebenfalls für medizinische Forschungszwecke benützt werden.
- Wenn möglich wird die Probe für eventuell durchzuführende zusätzliche Analysen in meinem Interesse und nur mit meiner Zustimmung aufbewahrt.
- Mein Untersuchungsmaterial soll nach Abschluss der Untersuchung vernichtet werden.
- Andere: _____

Unterschrift: _____ Ort und Datum: _____
(gegebenenfalls der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters)

Für das Labor: Interne Nummer der Probe: _____

ENTNAHME VON MUNDABSTRICHEN



Wichtig!

Mindestens 1 Stunde vor der Entnahme nicht essen.

Mindestens 1 Stunde vor der Entnahme keinen Tee, Kaffee oder Limonade trinken.

Mindestens 1 Stunde vor der Entnahme nicht rauchen.

Mindestens 1 Stunde vor der Probenahme nicht die Zähne putzen.

**Diese Substanzen bauen die DNA ab und machen die Analyse unmöglich.
Nehmen Sie die Proben möglichst morgens nach dem Aufwachen.**

Vorbereitung

1. **Den Mund mit lauwarmem Wasser ausspülen.**
Keine Zahnpasta, Spüllotionen oder Kaugummi verwenden.
2. **Waschen Sie sich gründlich die Hände**, bevor Sie die Verpackung mit dem sterilen Tupfer öffnen.
3. **Öffnen Sie die Verpackung an der Seite des Stäbchens**, die dem Abstrichtupferkopf gegenüberliegt.
4. Verwenden Sie zwei Tupfer, **einen für jede Wange**.
5. Nehmen Sie einen der beiden Tupfer und achten Sie darauf, dass der Abstrichtupferkopf nicht mit Ihren Händen oder anderen Gegenständen, wie z. B. dem Tisch, in Berührung kommt.

Entnahme

1. **Reiben Sie den Tupfer 1 Minute lang fest im Mund an der Wange entlang.**
2. Drehen Sie den Tupfer um die eigene Achse, um genügend Epithelzellen zu sammeln.
3. **Den 1. Tupfer mit dem Kopf nach oben sofort nach der Entnahme in ein sauberes Glas stecken.**
4. Den 2. Tupfer verwenden und die Probe wie oben beschrieben entnehmen.
5. Die Abstrichtupfer **mindestens 5 Minuten** an der Luft trocknen lassen.
6. Die beiden getrockneten Tupfer in einen **Papierumschlag** legen und diesen verschließen.
7. Schreiben Sie den **Namen** und das **Geburtsdatum** der getesteten Person leserlich auf den Umschlag.
8. Falten Sie den Umschlag so, dass die Abstrichtupfer **gut geschützt** sind.
9. **Den ersten Umschlag mit den beiden Abstrichtupfern in einen zweiten Umschlag** für den Versand der Proben legen.

Wichtig!

Mundabstriche dürfen auf keinen Fall in Plastik aufbewahrt werden.

Es besteht die Gefahr, dass die Proben zerfallen und genetische Analysen nicht mehr möglich sind.

Versand

Senden Sie die Proben per A-Post oder Kurier an die folgende Adresse:

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