



## PHENOTYPAGE CYTOCHROMES P450

----- Données obligatoires : ----- >		
Nom et prénom du patient:	Adresse complète du patient:	Date:.....
→	→	→
→	→	Adresse demandeur/Institution:
→	→	→
→	<b>Facturation à :</b> (indiquer réf. complète):	→
Votre réf. (code) :	<input type="checkbox"/> Demandeur: .....	→
.....	.....	→
Date de naissance:     /     /	<input type="checkbox"/> Caisse-maladie .....	Reçu au labo UPPC le   /   /
.....	N° ass. ....	
Sexe: <input type="radio"/> féminin <input type="radio"/> masculin	<input type="checkbox"/> AI .....	
	N° AVS .....	

### Phénotypage demandé:

*Attention : ces différentes analyses de phénotypage ne sont pas assurées de routine.*

*Téléphoner au laboratoire avant de faire le(s) test(s) pour s'assurer des délais !*

<input type="checkbox"/> <b>Test caféine : cytochrome P4501A2 (plasma)</b>	<small>(Code OFAS 1238.00 135 pts)</small>
<input checked="" type="checkbox"/> <del>Test dextrométhorphan : cytochrome P4502D6</del>	<b>momentanément indisponible</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <del>Test midazolam : cytochrome P4503A4/5</del>	<b>momentanément indisponible</b>

**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 : .....
- questions, commentaires .....

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

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

**Comédications et doses** (important car certaines comédications peuvent influencer le résultat) :

.....

.....

.....

**Signature (lisible) du médecin traitant:** .....

### Procédure :

**Test caféine: cytochrome P4501A2 (plasma)**

**Date/Heure de prise de caféine :** .....     **Heure de prise de sang :** .....

Le jour du test, depuis le réveil et jusqu'à la fin du test, s'assurer que le patient ne consomme aucune boisson contenant de la caféine (café, thé, chocolat, Coca-Cola, Red-Bull,...etc.). Le matin, administration orale d'une capsule de 200 mg de caféine (fournie par le laboratoire de Cery) et faire une **prise de sang 6 heures plus tard**, prélever environ 5 ml de sang K-EDTA ou Li-Héparinate. Centrifuger l'échantillon de sang et envoyer le tube de plasma au laboratoire de Cery, par courrier A ou envoyer directement le prélèvement (si test le vendredi, conserver au frigo et envoyer le lundi).