Laboratoire de BIOLOGIE MEDICALE MULTI-SITES du CHU de LYON
GHS : CENTRE DE BIOLOGIE SUD

SERVICE DE BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
Unité Médicale de Pharmacologie, Pharmacogénétique et Toxicologie
165 Chemin du Grand Revoyet, 69495 Pierre-Bénite Cedex, France
Tél : 04 78 86 38 56 / 04 78 86 38 64
Email : lea.payen-gay@chu-lyon.fr ; antony.citterio-quentin@chu-lyon.fr ; david.barthelemy@chu-lyon.fr ; fax_cbs_secretariat_adm_366654@chu-lyon.fr ;

Laboratoire autorisé en génétique constitutionnelle le 27 Mai 2010 - renouvellement jusqu'au 31/05/2027 (arrêté ARS N°2019-17-0513)

Zone obligatoire à remplir par le prescripteur	Coller 1 étiquette patient comportant :
Prescripteur sénior :	N° de séjour :
	Nom usuel :
Téléphone :	Prénom :
Fax (si urgent) :	Nom de naissance :
	Date de naissance : Sexe :
	Taille : Poids :

SUIVI THERAPEUTIQUE DES PSYCHOTROPES (Génotypage et/ou Phénotypage)

1 – A COMPLETER PAR LE PRESCRIPTEUR

Identification ☐ **de l'autorité de tutelle** ☐ **de l'autorité parentale si mineur** ……

INDICATIONS CLINIQUES et CONTEXTE de la DEMANDE : A COMPLETER AU VERSO

PRESCRIPTION PHARMACEUTIQUE : A FOURNIR AVEC CE BON DE DEMANDE ou A COMPLETER AU VERSO

PRESCRIPTION

☐ **DOSAGE de médicaments PSYCHOTROPES et autres : SMEDIC**

☐ **PHARMACOGENETIQUE DES PSYCHOTROPES, recherches en séquençage NGS massif : SGENET**

CONSENTEMENT du PATIENT / **(obligatoires)**

Je soussigné(e), sus nommé(e), reconnais avoir été informé(e) par le Dr..... sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisées :

- ❑ Du prélèvement qui m'a été effectué.
- ❑ Du prélèvement qui a été effectué sur mon enfant mineur.
- ❑ Du prélèvement qui a été effectué sur un adulte sous mon autorité de tutelle.

Je donne mon consentement pour ce prélèvement et je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations conformément aux articles R.1131-3/4/5 du code de la santé publique, permettant la compréhension de cet acte biologique et sa finalité.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006154980/#LEGISCTA000024325292
RAPPEL CONCERNANT LA LEGISLATION : Conformément au décret n°2000-570 du 23 Juin 2000 et à l'arrêté du 27 Mai 2013 fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne, le médecin prescripteur doit conserver le consentement écrit, les doubles de la prescription et de l'attestation et les comptes rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés. Le laboratoire agréé réalisant les examens doit : disposer de la prescription et de l'attestation du prescripteur, adresser le compte-rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien responsable au médecin prescripteur des examens génétiques (articles R.1131-3/4/5 et arrêté du 27 Mai 2013).

Fait à ....., le ..... Signature **obligatoire** :

❑ Je consens, si une partie du prélèvement reste inutilisée, à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Signature et cachet du Médecin prescripteur **obligatoires**

2 – PRELEVEMENTS A REALISER OU A FAIRE TRANSMETTRE DANS UN CENTRE HOSPITALIER DECLARANT DES ACTIVITES RIHN

LABORATOIRE

Si DOSAGE de médicaments PSYCHOTROPES

- **1 tube de 5 mL de sang sur tube SEC (sans gel)**
- **Prélèvement à réaliser avant la prise médicamenteuse**
- Centrifugation, décantation, Envoi à -20°C

Si demande PHARMACOGENETIQUE

- **2 tubes de 5 mL de sang sur tube EDTA**
- Tubes non centrifugés
- Transport entre 15°C et 25°C

Date du prélèvement: ☐☐ ☐☐ ☐☐ **Heure :** ☐☐ ☐☐ **Par :**……

Incident au cours du prélèvement : ……..

Laboratoire de BIOLOGIE MEDICALE MULTI-SITES du CHU de LYON
GHS : CENTRE DE BIOLOGIE SUD

SERVICE DE BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
Unité Médicale de Pharmacologie, Pharmacogénétique et Toxicologie
165 Chemin du Grand Revoyet, 69495 Pierre-Bénite Cedex, France
Tél : 04 78 86 38 56 / 04 78 86 38 64
Email : lea.payen-gay@chu-lyon.fr ; antony.citterio-quentin@chu-lyon.fr ; david.barthelemy@chu-lyon.fr ; fax_cbs_secretariat_adm_366654@chu-lyon.fr ;

Laboratoire autorisé en génétique constitutionnelle le 27 Mai 2010 - renouvellement jusqu'au 31/05/2027 (arrêté ARS N°2019-17-0513)

ENVOI	LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE MULTI-SITES DU CHU DE LYON Groupement Hospitalier SUD CENTRE DE BIOLOGIE (Bâtiment 3D) (UM Pharmacologie, Pharmacogénétique et Toxicologie) 165 Chemin du Grand Revoyet, 69495 Pierre-Bénite Cedex, France

INDICATIONS CLINIQUES et CONTEXTE de la DEMANDE :
Ex : Pharmaco-résistance, effets indésirables (indiquer les principaux pour orienter la recherche sur les gènes de pharmacodynamie pertinents)

Patient fumeur (cigarettes ou autres) : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Tests « à la douleur » incluant des molécules de palier 2 ou 3 en cours : ☐ **OUI (inclure à la prescription pharmaceutique)** ☐ **NON**

PRESCRIPTION PHARMACEUTIQUE :
(Possibilité de joindre directement la prescription de votre centre de soin en ajoutant, pour chaque molécule, la date de début de traitement à la posologie indiquée (si inférieur à 5 jours) et la date et l'heure de dernière prise)

Molécules*	Posologie Matin – Midi – Soir – Coucher	Date de début de traitement à la posologie indiquée (indiqué si >10 jours)	Date et heure de dernière prise
	..... / ..... / ..... /		
	..... / ..... / ..... /		
	..... / ..... / ..... /		
	..... / ..... / ..... /		
	..... / ..... / ..... /		
	..... / ..... / ..... /		

* Catalogue des molécules dosées au CHU de LYON : ***https://easilynlb.chu-lyon.fr/Biobook/Home***