



DEMANDE D'ANALYSE DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

Données obligatoires

Nom et prénom du patient: → → Adresse complète : → → → Date de naissance: / / Sexe: <input type="radio"/> féminin <input type="radio"/> masculin	Facturation à : <input type="checkbox"/> Demandeur: <input type="checkbox"/> Caisse-maladie: N° ass: <input type="checkbox"/> AI Canton: N° AVS: Copie à : → →	Prise de sang* : Date: Heure: Adresse demandeur/Institution: → → → → Reçu au labo UPPC le / / par
---	--	---

Prière de remplir complètement la feuille si vous désirez une interprétation du taux (à fournir impérativement).*

Diagnostic(s): **Symptômes cibles:**

Médication/comédication (indiquer toute médication et tous les changements de doses effectués les 7 derniers jours)

Médicament(s) à doser*	Forme* retard dépôt	Doses* (matin-midi-soir-nuit)	depuis:	dernière prise du médicament*
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	date: heure:
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	date: heure:
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	date: heure:
Comédications :
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Effet thérapeutique: ☐ très bon ☐ bon ☐ moyen ☐ minime ☐ sans changement ou péjoré ☐ indéterminé

Effets secondaires: ☐ aucun ☐ faibles ☐ modérés ☐ sévères ☐ indéterminés

- Neurologiques : ☐ somnolence/sédation/ ☐ tension/agitation intérieure/ ☐ céphalées
- Extrapyramidaux : ☐ dystonie/ ☐ rigidité/ ☐ hypokinésie/ ☐ akinésie/ ☐ trémor/ ☐ akathisie
- Métaboliques : ☐ prise de poids/ ☐ hyperglycémie/ ☐ hyperlipidémie
- Cardio-vasculaires : ☐ hypotension/ ☐ hypertension/ ☐ tachycardie/ ☐ QT long
- Gastro-intestinaux : ☐ nausées/vomissements/ ☐ diarrhée/ ☐ constipation/ ☐ hypo- ou ☐ hypersalivation
- Urogénitaux : ☐ difficulté de miction/ ☐ polyurie/ ☐ dysfonction sexuelle
- Autres :

Poidskg **Insuffisance** ☐ rénale ☐ hépatique ☐ aucune **Fumeur :** ☐ oui ☐ non

Dosage demandé : voir indications importantes au verso concernant le prélèvement sanguin

Antidépresseurs <input type="checkbox"/> Amitriptyline* <input type="checkbox"/> Bupropion*# <input type="checkbox"/> Citalopram* <input type="checkbox"/> Clomipramine* <input type="checkbox"/> Duloxétine <input type="checkbox"/> Escitalopram* <input type="checkbox"/> Fluoxétine* <input type="checkbox"/> Fluvoxamine <input type="checkbox"/> Miansérine <input type="checkbox"/> Mirtazapine* <input type="checkbox"/> Moclobémide	<input type="checkbox"/> Nortriptyline <input type="checkbox"/> Paroxétine <input type="checkbox"/> Réboxétine <input type="checkbox"/> Sertraline <input type="checkbox"/> Trazodone <input type="checkbox"/> Trimipramine* <input type="checkbox"/> Venlafaxine* <input type="checkbox"/> Vortioxétine	Antipsychotiques <input type="checkbox"/> Amisulpride <input type="checkbox"/> Aripiprazole*# <input type="checkbox"/> Asénapine <input type="checkbox"/> Chlorprothixène <input type="checkbox"/> Clozapine* <input type="checkbox"/> Flupentixol <input type="checkbox"/> Halopéridol <input type="checkbox"/> Lévomépromazine <input type="checkbox"/> Lurasidone <input type="checkbox"/> Olanzapine <input type="checkbox"/> Palipéridone	<input type="checkbox"/> Pipampérone <input type="checkbox"/> Promazine <input type="checkbox"/> Quétiapine* <input type="checkbox"/> Risperidone* <input type="checkbox"/> Sertindole <input type="checkbox"/> Zuclopenthixol Anti-Alzheimer & <input type="checkbox"/> Donépézil & <input type="checkbox"/> Galantamine & <input type="checkbox"/> Mémantine & <input type="checkbox"/> Rivastigmine*#§	Thymorégulateurs <input type="checkbox"/> Lithium# Produits de substitution <input type="checkbox"/> (R,S)-Méthadone <input type="checkbox"/> (R,S)-Méthadone cinétique § <input type="checkbox"/> (R)-Méthadone <input type="checkbox"/> (R)-Méthadone cinétique § Autres <input type="checkbox"/> Atomoxétine §
--	---	--	--	--

* dosage d'un métabolite également effectué # attention à l'envoi et/ou au tube (cf. verso) § attention à l'heure de prise de sang (cf. verso)
& Le patient a été informé que ces analyses (hors liste OFAS) ne sont en général pas prises en charge par les caisses maladie (140 CHF).

Motif de la demande

- ☐ bilan d'entrée ☐ changement de la médication ☐ contrôle: évolution/taux ☐ contrôle de l'adhésion médicamenteuse
☐ non-réponse ☐ effet secondaire ☐ suspicion d'intoxication ☐ interaction médicamenteuse

☐ questions, commentaires :

Nom (lisible) du médecin traitant:

INSTRUCTIONS POUR LE DOSAGE DES MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

Prélèvements sanguins: environ **5 ml sang K3-EDTA** décantés ou non sauf exceptions ci-dessous. Autres types de prélèvements possibles, nous contacter si besoin.

=> Eviter les prélèvements avec gel séparateur.

Exceptions: - **lithium:** uniquement 2-4 ml de sang complet natif ou > 0.5-1 ml de sérum décanté.
- **rivastigmine:** uniquement tubes Glucose avec NaF (attention à la stabilité cf. envoi échantillon).

Heure de prise de sang: juste avant la prise du médicament (formes orales), ou juste avant l'injection (formes dépôts).

=> important de préciser sous « médicament(s) à doser » si dose du médicament reçue en 1 ou plusieurs prises par jour.

Exceptions: - **atomoxétine, rivastigmine oral:** prise de sang 60-90 min après la prise du médicament.
- **rivastigmine patch:** prise de sang 1h avant de changer le patch.
- **trazodone:** prise de sang 12h après la prise du médicament.
- **méthadone cinétique:** 1^{ère} prise de sang juste avant la prise de méthadone et 2^{ème} prise de sang 4h après la prise de méthadone. Attention cinétique interprétable uniquement si dose en une seule prise par jour !

Envoi des échantillons: Les échantillons peuvent nous être adressés tous les jours par courrier A.

Exceptions: - **aripiprazole, bupropion:** pour des raisons de stabilité, ne pas envoyer les tubes le vendredi ni le samedi, si possible centrifuger et décanter; dans tous les cas conserver à 4°C et envoyer en courrier A le lundi.
- **rivastigmine:** ne pas centrifuger les tubes, envoyer les tubes de sang complet en courrier A du lundi au jeudi; ne pas prélever le vendredi ni le samedi (pas stable même à 4°C durant le weekend).

Délai d'équilibration: respecter un délai d'équilibration entre le prélèvement sanguin et le dernier changement de posologie:

Médicament	Délai d'équilibration à posologie constante		
Amisulpride	4 jours		
Amitriptyline		1 semaine	
Aripiprazole			2 semaines (oral), 4 mois (dépôt)
Asénapine		1 semaine	
Atomoxétine	4 jours		
Bupropion		1 semaine	
Chlorprothixène		1 semaine	
Citalopram		1 semaine	
Clomipramine		1 semaine	
Clozapine	4 jours		
Donépézil			2 semaines
Duloxétine	4 jours		
Escitalopram		1 semaine	
Fluoxétine			4 semaines
Flupentixol		1 semaine (oral)	3 mois (dépôt)
Fluvoxamine		1 semaine	
Galantamine		1 semaine	
Halopéridol		1 semaine (oral)	3 mois (dépôt)
Lévomépromazine		1 semaine	
Lithium		1 semaine	
Lurasidone		1 semaine	
Mémantine			2 semaines
(R,S)-Méthadone / (R)-Méthadone		1 semaine	
Miansérine		1 semaine	
Mirtazapine		1 semaine	
Moclobémide	2 jours		
Nortriptyline		1 semaine	
Olanzapine		1 semaine	
Palipéridone orale		1 semaine	
Palipéridone dépôt		Début traitement avec dose de charge: 1 semaine après la 1 ^{ère} injection	Changement de posologie: 3-6 mois
Paroxétine		1 semaine	
Pipampérone	4 jours		
Promazine		1 semaine	
Quétiapine / quétiapine XR	4 jours		
Réboxétine	4 jours		
Risperidone		1 semaine (oral)	2 mois (dépôt)
Rivastigmine	1 jour (oral)	1 semaine (patch)	
Sertindole			3 semaines
Sertraline		1 semaine	
Trazodone / trazodone retard	4 jours		
Trimipramine		1 semaine	
Venlafaxine / venlafaxine ER	4 jours		
Vortioxétine			2 semaines
Zuclopenthixol		1 semaine (oral et Acutard)	3 mois (dépôt)

=> La plupart des dosages sont effectués deux fois par semaine.