

Praticiens Hospitaliers :

Dr Fabien LAMOUREUX

fabien.lamoureux@chu-rouen.fr

Dr Julien WILS

julien.wils@chu-rouen.fr

ORDONNANCE MEDICALE

DEMANDE D'EXAMEN PHARMACOGÉNÉTIQUE

Etiquette patient

Prélèvement le ____/____/____ à ____ h ____

Nom du préleveur :

Service / UF :

Téléphone :

Génotypage CYP2C19 (Cytochrome P450 2C19)

Consentement en vue d'un examen des caractéristiques génétiques (GEDI n°9556) indispensable au traitement de la demande
Prélèvement : 4 ml de sang sur tube EDTA accompagné de ce formulaire complété et d'un consentement

FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS à remplir impérativement

Sujet d'origine asiatique ? OUI
 NON

Médicament concerné : Clopidogrel (PLAVIX®)
 Voriconazole (VFEND®)
 Autre (préciser): _____

Le traitement a-t-il été débuté ? NON
 OUI : date d'initiation : _____ posologie : _____

Contexte de la demande :

Avant initiation :

Recherche d'un risque accru de toxicité ou de résistance au traitement

Après initiation :

Résistance au traitement et/ou Concentrations circulantes faibles

Toxicité et/ou Surdosage suite à l'administration du médicament

Nom et Signature du médecin prescripteur

Cachet