

Praticiens Hospitaliers :

**Dr Fabien LAMOUREUX**

[fabien.lamoureux@chu-rouen.fr](mailto:fabien.lamoureux@chu-rouen.fr)

**Dr Julien WILS**

[julien.wils@chu-rouen.fr](mailto: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**