



DEMANDE D'ANALYSE DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

Nom/prénom et adresse du patient Date de naissance : Sexe <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	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 Demandeur / Institution Nom et adresse du médecin
--	--	---

Dosage demandé voir indications importantes au verso concernant le prélèvement sanguin

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

* dosage de métabolite(s) 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).

Médication (indiquer toute médication et changements de doses au moins dans 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

Diagnostic(s) **Symptômes cibles**

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

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

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

autre :



INSTRUCTIONS POUR LE DOSAGE DES MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

Prrière de remplir les informations cliniques si vous désirez une interprétation pharmacologique du résultat.

Prélèvements sanguins: environ **2.5 ml sang EDTA** décantés ou non sauf exceptions ci-dessous.

Eviter les prélèvements avec gel séparateur. Autres types de prélèvements possibles, nous contacter si besoin.

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: tous les jours par courrier A en format lettre (25 x 17 cm et 2 cm d'épaisseur) à l'adresse suivante:
Laboratoire UPPC, Centre de neurosciences psychiatriques, Route de Cery 11b, 1008 Prilly

Exception: - **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	
Brexpiprazole		2 semaines
Bupropion		1 semaine
Cariprazine		2 semaines
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	2 jours	
Réboxétine	4 jours	
Rispéridone		1 semaine (oral) 2 mois (dépôt)
Rivastigmine	1 jour (oral)	1 semaine (patch)
Sertindole		2 semaines
Sertraline		1 semaine
Trazodone / trazodone retard	2 jours	
Trimipramine		1 semaine
Venlafaxine / venlafaxine ER	4 jours	
Vortioxétine		2 semaines
Zuclopenthixol		1 semaine (oral et Acutard) 3 mois (dépôt)