

# Demande d'analyses pharmacogénétiques

GENE PREDICTIS® S.A.

Laboratoire d'analyses médicales

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CH-1015 Lausanne

Tél.: +41 21 691 43 75 – Fax: +41 21 691 43 76 - [labo@genepredictis.com](mailto:labo@genepredictis.com)

Biologiste responsable : Dre K. AFSHAR PhD, FAMH Génétique Médicale



gene predictis

BECAUSE I AM UNIQUE

DONNEES PATIENTS	MEDECIN DEMANDEUR
<p><input type="checkbox"/> M    <input type="checkbox"/> F    <input type="checkbox"/> Autre</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Né(e) le : _____</p> <p>Adresse 1 : _____</p> <p>Adresse 2 : _____</p> <p>NPA : _____</p> <p>Localité : _____</p> <p>Ass. LaMal : _____</p> <p>N° assuré : _____</p> <p>N° AVS : 756. _____</p> <p>Primeo :        <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>(Timbre ou coordonnées et n° RCC)</p> <hr/> <p><b>Copie à :</b> _____</p> <p><b>Merci de rédiger le rapport en :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Français                      <input type="checkbox"/> Anglais</p> <p><input type="checkbox"/> Allemand                      <input type="checkbox"/> Italien</p> <p><b>Date de prélèvement :</b> _____</p>
<p><b>FACTURATION :</b> <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Assurance <input type="checkbox"/> Autre (fournir coordonnées complètes ci-dessous)</p>	
<p>Origine ethnique : _____</p>	
<p>Indications : _____</p>	
<p>Renseignements cliniques: _____</p>	

<p>Poids :        Kg        Taille :        m</p>
<p>Tabac : <input type="checkbox"/> oui    ___ cig/jour    <input type="checkbox"/> non    <input type="checkbox"/> ancien fumeur</p>
<p>Maladies :</p>
<p>Allergies :</p>
<p>Médicaments (doses) :</p>
<p>Anamnèse familiale (lien de parenté):</p>

# Demande d'analyses pharmacogénétiques

GENE PREDICTIS® S.A.

Laboratoire d'analyses médicales

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CH-1015 Lausanne

Tél.: +41 21 691 43 75 – Fax: +41 21 691 43 76 - [labo@genepredictis.com](mailto:labo@genepredictis.com)

Biologiste responsable : Dre K. AFSHAR PhD, FAMH Génétique Médicale



## Liste des analyses

- HLA-A\*3101 (Carbamazépine) <sup>(1)</sup>
- HLA-B\*1502 (Carbamazépine, Asiatique) <sup>(1)</sup>
- HLA-B\*5701 (Abacavir) <sup>(1)</sup>
- CYP1A2
- CYP2A6
- CYP2B6
- CYP2C9
- CYP2C19
- CYP3A4
- CYP3A5
- BCHE
- NAT2
- GSTM1
- GSTP1
- GSTT1
- SULT1A1
- DPD (5-Fluorouracil) <sup>(1)</sup>
- TPMT (Tiopurina) <sup>(1)</sup>
- UGT1A1 (Irinotecan) <sup>(1)</sup>
- IL28B (PEG-IFN/Ribavirin)
- ABCB1 (MDR1)
- ABCB2
- SLC19A1
- SLC22A1
- CYPASS®
- CYPASS® extended
- CYPASS®-PSY
- Warfarin/Coumarin (CYP2C9, CYP4F2, VKORC1)
- Clopidogrel - CYP2C19
- Tamoxifene - CYP2D6
- Statine
- MTHFR

<sup>(1)</sup> Analyses prise en charge par assurance de base

Toutes les autres analyses sont prises en charge par l'assurance complémentaires PRIMEO selon leurs propres conditions

# Demande d'analyses pharmacogénétiques

GENE PREDICTIS® S.A.

Laboratoire d'analyses médicales

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CH-1015 Lausanne

Tél.: +41 21 691 43 75 – Fax: +41 21 691 43 76 - [labo@genepredictis.com](mailto:labo@genepredictis.com)

Biologiste responsable : Dre K. AFSHAR PhD, FAMH Génétique Médicale



**Autres médicaments associés à un test pharmacogénétique selon CPIC (Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium, <https://cpicpgx.org/>) ou DPWG (Dutch Pharmacogenetics Working Group) :**

Médicament	Gène	Médicament	Gène
Abacavir	HLA-B 57:01:01	Métoprolol	CYP2D6
Acénocoumarol	VKORC1	Nortriptyline	CYP2D6
Allopurinol	HLA-B 58:01	Omeprazol	CYP2C19
Amitriptyline	CYP2C19, CYP2D6	Ondansetron	CYP2D6
<sup>1</sup> Aripiprazole	CYP2D6	Oxcarbazépine	HLA-A 31:01, HLA-B 15:02
Atazanavir	UGT1A1	Pantoprazol	CYP2C19
Atomoxétine	CYP2D6	Paroxétine	CYP2D6
Atorvastatine	SLCO1B1	Peginterferon alfa-2a	IFNL3
<sup>1</sup> Brexpiprazole	CYP2D6	Peginterferon alfa-2b	IFNL3
Carbamazépine	HLA-A 31:01, HLA-B 15:02	Phenprocoumon	VKORC1
<sup>1</sup> Citalopram	CYP2C19	Phénytoïne	CYP2C9, HLA-B 15:02
<sup>1</sup> Clomipramine	CYP2C19, CYP2D6	Pimozide	CYP2D6
Clopidogrel	CYP2C19	Propafénone	CYP2D6
Codéïne	CYP2D6	<sup>1</sup> Risperidone	CYP2D6
Desipramine	CYP2D6	Ribavirin	IFNL3
Doxepine	CYP2C19, CYP2D6	Sertraline	CYP2C19
Efavirenz	CYP2B6	Simvastatine	SLCO1B1
Eliglustat	CYP2D6	Tacrolimus	CYP3A5
<sup>1</sup> Escitalopram	CYP2C19	Tramadol	CYP2D6
Flecainide	CYP2D6	Trimipramine	CYP2C19, CYP2D6
Flucloxacilline	HLA-B 57:01	Tropisetron	CYP2D6
<sup>1</sup> Fluvoxamine	CYP2D6	<sup>1</sup> Venlafaxine	CYP2D6
Glimepiride	CYP2C9	Voriconazole	CYP2C19
Haloperidol	CYP2D6	Warfarine	CYP2C9, CYP4F2, VKORC1
Imipramine	CYP2C19, CYP2D6	<sup>1</sup> Zuclopenthixol	CYP2D6
Lansoprazole	CYP2C19		

<sup>1</sup>Un test pharmacogénétique est recommandé par Swissmedic avant la prescription.

# Demande d'analyses pharmacogénétiques

GENE PREDICTIS® S.A.

Laboratoire d'analyses médicales

EPFL Innovation Park, Bâtiment B – CH-1015 Lausanne

Tél.: +41 21 691 43 75 – Fax: +41 21 691 43 76 - [labo@genepredictis.com](mailto:labo@genepredictis.com)

Biologiste responsable : Dre K. AFSHAR PhD, FAMH Génétique Médicale



## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ EN VUE D'ANALYSES GÉNÉTIQUES

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

“Je certifie par ma signature que j'ai reçu un conseil génétique qui m'a informé sur les analyses proposées et qu'il m'a été accordé suffisamment de temps pour réfléchir et poser des questions.

### Je déclare être d'accord pour que soient effectuées les analyses génétiques suivantes :

- Analyse en vue du diagnostic d'une affection génétique (nom de la maladie) : .....
- Pharmacogénétique : analyse moléculaire pour l'identification de polymorphismes ou variants génétiques liés au métabolisme des substances actives (médicaments) que je prends ou que je prévois de prendre.
- Analyse moléculaire pour la recherche de susceptibilités et/ou de prédispositions génétiques selon les profils de Gene Predictis® SA.

Sur le prélèvement suivant :  frottis buccal       prélèvement sanguin

### Ma décision pour la conservation de mon matériel génétique est :

Autant que possible, mon matériel sera conservé après la recherche pour d'autres analyses éventuelles, qui n'interviendront que dans mon intérêt et avec mon accord.  OUI  NON

Si vous cochez « non », le matériel biologique sera détruit après analyse.

Je suis d'accord avec la conservation et l'utilisation anonyme de mes échantillons et mes données à des fins d'amélioration de la qualité des analyses génétiques.  OUI  NO

### Utilisation de mon échantillon et de mes données pour la recherche.

Par ailleurs, vos échantillons et données des analyses peuvent être utiles pour la recherche. Si vous êtes intéressés par une éventuelle participation à un projet de recherche, vous pouvez l'indiquer ici. Le cas échéant, nous vous recontacterons afin de vous donner plus d'informations. A ce stade, votre réponse n'implique aucun engagement de votre part.

En principe, je suis d'accord que mon échantillon et mes données soient conservés et utilisés pour la recherche.  OUI  NON

### Dans le cas de la prescription de tests CYPASS, CYPASS EXTENDED, CYPASS-PSYCHIATRE, EXCLUSIVE ou BETTER AGEING, les résultats de votre analyse peuvent être stockés dans une base de données cryptée.

J'autorise Gene Predictis SA à inclure les résultats de mes analyses génétiques dans cette base de données cryptée constituée et administrée par Gene Predictis SA ou par des tiers sous son contrôle et soumis à confidentialité. Les données me concernant seront accessibles uniquement à Gene Predictis SA. Je consens à ce que Gene Predictis SA puisse rendre ces données accessibles par l'intermédiaire d'un site web géré par Gene Predictis SA, pour autant que l'accès au site web soit restreint par un mot de passe et que ce mot de passe ne soit communiqué qu'au médecin requérant (soussigné, sous réserve de l'accès aux données par l'administrateur de la base de données soumis à confidentialité).  OUI  NON

Mon adresse e-mail est : \_\_\_\_\_

Signature : ..... Lieu et date : .....  
(parent ou représentant légal si applicable)

#### Le médecin requérant :

"J'ai raisonnablement informé la personne susnommée sur les méthodes et leurs limites et j'ai répondu à ses questions, conformément à la loi sur l'analyse génétique humaine (LAGH)."

Nom du médecin requérant : .....

Domicile du médecin requérant : .....

Lieu, date : ..... timbre et signature : .....