

CYP2D6

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MOLECULAIRE
Professeur Alain Enjalbert

Pr. Alain Enjalbert

Dr. Anne Barlier
Dr. Christophe Buffat
Dr. Jean-Louis Bergé-Lefranc
Dr. Victoria Gérolami-Colombani
Dr. Alain Margotat
Dr. Laurence Mercier-Héron
Dr. Richard Planells
Dr. Alexandru Saveanu

Tél. Secrétariat : 04 91 38 39 18
Tél. Laboratoire 04 91 38 13 42
Fax : 04 91 38 30 81

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joints les documents administratifs à joindre au prélèvement.

Pour toute demande de genotypage CYP2D6, je vous rappelle qu'il doit nous parvenir :

- **2 tubes de sang sur EDTA**
- **La fiche de prescription entièrement remplie par le médecin** (sur laquelle doit être mentionnée l'adresse complète du médecin prescripteur pour le rendu des résultats)
- La photocopie de l'**attestation de consultation**
- **Le consentement éclairé signé par le patient**

Veillez trouver ci-dessous l'adresse d'envoi des prélèvements (éviter les envois à partir du jeudi et veilles de jours fériés):

Dr. Jean-Louis BERGE LEFRANC
Laboratoire de Biologie Moléculaire
Hôpital de la Conception
147 Boulevard Baille
13 385 MARSEILLE Cedex 05

Cordialement,

Pr. Alain Enjalbert
Dr. Anne Barlier
Dr. Christophe Buffat
Dr. Jean-Louis Bergé-Lefranc
Dr. Victoria Gérolami-Colombani
Dr. Alain Margotat
Dr. Laurence Mercier-Héron
Dr. Richard Planells
Dr. Alexandru Saveanu

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MOLECULAIRE
Chef de Service : Professeur Alain ENJALBERT

Tél. secrétariat : 04 91 38 39 18
Tel. Laboratoire 04 91 38 13 42
Fax : 04 91 38 30 81

**EXAMEN DE
PHARMACOGENETIQUE**

Date :

♦ **Gène** : **CYP2D6** : Détermination des allèles CYP2D6*1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 41 et XN

♦ **Etat civil du patient**

Nom marital :

Nom JF :

Prénom :

Date de Naissance

♦ **Médecin prescripteur et adresse**

Signature et tampon

♦ **Contact au laboratoire de Biologie Moléculaire :**

Dr Jean-Louis Bergé-Lefranc (jberge@ap-hm.fr), Laboratoire de Biologie Moléculaire, Hôpital de la Conception, 147 bd Baille, 13385 Marseille cedex 05

♦ **Contact pour la prise en charge pharmacologique :**

Dr Audrey Boulamery (audrey.boulamery@univmed.fr) : Laboratoire de Pharmacologie Médicale et Clinique, Hôpital de la Timone, 264 rue St Pierre, 13385 Marseille cedex 05

Adresser 1 à 2 tubes de sang prélevé sur EDTA au Laboratoire de Biologie Moléculaire, Hôpital de la Conception, 147 bd Baille, 13385 Marseille cedex 05 (att. Dr Bergé-Lefranc).

.Le **consentement éclairé** et/ou le **certificat de consultation** (Décret n°2000-570 du 23 juin 2000) **doivent être joints** à l'envoi au laboratoire. Prélèvement non congelé conservé à 4°C puis envoyé par courrier rapide à température ambiante sous 3 jours.



Assemblée Publique
Hôpital de Marseille

Annexe des médicaments métabolisés par le CYP 2D6

Antidépresseurs:

Imipramine (TOFRANIL*)
Clomipramine (ANAFRANIL*, CLOMIPRAMINE MYLAN*...)
Trimipramine (SURMONTIL*)
Amitriptyline (ELAVIL*, LAROXYL ROCHE*)
Paroxétine (DEROXAT*)
Citalopram (SEROPRAM*)
Fluvoxamine (FLOXYFRAL*)
Fluoxétine (PROZAC*)
Venlafaxine (EFFEXOR*)

Antipsychotiques

Haloperidol (HALDOL*)
Risperidone (RISPERDAL*)
Zuclopenthixol (CLOPIXOL*)
Aripiprazole (ABILIFY*)

Antalgiques opioïdes

codeine
tramadol (TOPALGIC*)
Oxycodone (OXYCONTIN*)

Beta-bloquants

Metoprolol (LOPRESSOR*)
Carvedilol (KREDEX*)
Timolol

Antiarythmiques classe I

Flecainide (FLECAINE*)
Lidocaine (XYLOCARD*)
Propafenone (RYTHMOL*)
mexilétine

Autres: ondansetron, tamoxifène.

ATTESTATION DE CONSULTATION

(à conserver par le médecin)

Je, soussigné(e), Docteur certifie avoir reçu en consultation ce jour :

Mme, M.

et avoir :

- * apporté les informations définies selon l'article R 145-15-5 du décret n° 2000-570 du 23 juin 2000, permettant la compréhension de cet acte biologique et sa finalité.
- * Recueilli le consentement éclairé dans les conditions prévues à l'article R 145-15-4.

Fait à

Le

Signature du médecin

CONSENTEMENT ECLAIRE

Prélèvement sanguin pratiqué sur :

- * Moi-même
- * l'enfant dont je suis représentant légal
- * la personne dont je suis tuteur ou curateur

- En vue d'étude moléculaire à partir d'ADN extrait du sang :
- pour confirmer ou infirmer le diagnostic d'une maladie génétique,
 - pour rechercher des facteurs de susceptibilité.
- En vue d'étude chromosomique à partir d'un prélèvement de sang faisant appel à des techniques de cytogénétique et/ou de cytogénétique moléculaire.

Je, soussigné(e), M. Mme reconnais avoir reçu les informations définies selon l'article R 145-15-5 du décret n° 2000-570 du 23 juin 2000 dans le respect des dispositions de l'article 35 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant sur le code de déontologie, et consens au prélèvement de(es) analyse(s) mentionnées ci-dessus.

Cette analyse sera effectuée dans un laboratoire autorisé.

Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.

Fait à

Le

Signature du patient