



## DEMANDE D'ANALYSE DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

<----- Données obligatoires : ----->		
<b>Nom et prénom du patient:</b>	Adresse complète du patient :	Date: / /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heure prise de sang : /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Service/Institution:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre réf. (code) :	N° postal & localité :	<input type="checkbox"/>
Date de naissance: / /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Sexe féminin <input type="radio"/> masculin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> hospitalisé <input type="radio"/> ambul. <input type="radio"/> cabinet privé	Caisse maladie + n° police d'assurance	Médecin <input type="checkbox"/>
Matériel infectieux: <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="checkbox"/>	Reçu au labo le / /
	<input type="checkbox"/>	par <input type="checkbox"/>

**Diagnostic(s):** ..... **Symptômes cibles:** .....

**Médication/comédication** (indiquer toute médication, et en particulier, tous les changements de doses effectués les 7 derniers jours)

Médicament à doser :	doses journalières:	depuis:	date et heure de la dernière prise de médicament :
.....	.....	.....	date : ..... heure : .....
<b>Comédications :</b> .....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Effet thérapeutique:**  très bon  moyen  minime  sans changement ou péjoré  indéterminé

**Effets secondaires:**  aucun  faibles  modérés  sévères  indéterminés

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> somnolence/sédation   | <input type="checkbox"/> tension/agitation intérieure | <input type="checkbox"/> troubles de l'accommodation |
| <input type="checkbox"/> cutanés   | <input type="checkbox"/> hypo- ou hypersalivation     | <input type="checkbox"/> polydipsie                  |
| <input type="checkbox"/> symptômes extrapyramidaux (EPS) (dystonie/rigidité/hypokinésie/akinésie/trémor/akathisie) |   |  |
| <input type="checkbox"/> troubles cardiovasculaires (dysrégulation orthostatique/tachycardie)                      |   |  |
| <input type="checkbox"/> troubles gastrointestinaux (nausées/vomissements/diarrhée/constipation)                   |   |  |
| <input type="checkbox"/> troubles urogénitaux (difficulté de miction, dysfonction sexuelle/polyurie)               |   |  |
| <input type="checkbox"/> autres (préciser): .....  |   |  |

Relation avec le médicament à analyser:  probable  possible  improbable  indéterminée

**👉 Dosage demandé (mettre une X):**

prise de sang, si possible avant la première prise de médicament de la journée (obligatoire pour la méthadone), ou au min. 12h après la dernière prise de médicament, en principe > 7 jours après la dernière modification de la dose; 10 ml de sang complet hépariné ou K-EDTA, ou > 2.5 ml de plasma ou de sérum.

**Antidépresseur**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Amitriptyline <sup>1</sup> | <input type="radio"/> Maprotiline <sup>3</sup>  | <input type="radio"/> Citalopram <sup>6</sup>   |
| <input type="radio"/> Nortriptyline <sup>3</sup> | <input type="radio"/> Trimipramine <sup>3</sup> | <input type="radio"/> Escitalopram <sup>6</sup> |
| <input type="radio"/> Imipramine <sup>3</sup>    | <input type="radio"/> Miansérine <sup>3</sup>   | <input type="radio"/> Fluvoxamine <sup>6</sup>  |
| <input type="radio"/> Clomipramine <sup>2</sup>  | <input type="radio"/> Mirtazapine <sup>3</sup>  | <input type="radio"/> Fluoxétine <sup>6</sup>   |
|  |   | <input type="radio"/> Paroxétine <sup>6</sup>   |
|  |   | <input type="radio"/> Sertraline <sup>6</sup>   |

**Antipsychotique**

- |  |
|--|
| <input type="radio"/> Amisulpride <sup>6</sup> |
| <input type="radio"/> Clozapine <sup>3</sup>   |
| <input type="radio"/> Quétiapine <sup>6</sup>  |
| <input type="radio"/> Risperidone <sup>6</sup> |
| <input type="radio"/> Ziprasidone <sup>6</sup> |

**Produits de substitution**

- |  |
|--|
| <input type="radio"/> Méthadone <sup>4</sup>   |
| <input type="radio"/> Méthadone cinét. (T <sub>0h</sub> , T <sub>4h</sub> ) <sup>7</sup> |

Codes OFAS : 80 points : <sup>1</sup> 8034.00, <sup>2</sup> 8167.00, <sup>3</sup> 8431.03 ; <sup>4</sup> 8433.01 ; 125 points : <sup>6</sup> 8431.04 ; 120 points : <sup>7</sup> 8433.01 (2 dosages)

**Motif de la demande (mettre une X pour ce qui convient):**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> nouv. médication        | <input type="checkbox"/> changement de la médication                 | <input type="checkbox"/> contrôle : évolution/taux       | <input type="checkbox"/> contrôle de la compliance |
| <input type="checkbox"/> non-réponse             | <input type="checkbox"/> effet secondaire (svp préciser, cf ci-haut) | <input type="checkbox"/> suspicion d'intoxication        |  |
| <input type="checkbox"/> sortie de l'hôpital     | <input type="checkbox"/> investigation spéciale                      | <input type="checkbox"/> autre (p.ex trouble hépatique): |  |
| <input type="checkbox"/> questions, commentaires |  |  |  |

.....  
Signature (lisible) du médecin traitant: .....