

**RECHERCHE DE DEFICIT EN DPD**  
 (DIHYDROPYRIMIDINE DESHYDROGENASE)

**PATIENT / ETIQUETTE**

Sexe : F  M   
 Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Nom de naissance : .....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Ville/ CP : .....

**MEDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom/ Prénom : .....  
 Etablissement : .....  
 Service : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : Ville : .....  
 Tél. : .....  
 Fax : .....

**PRELEVEMENT**

Nom du préleveur : .....  
 Date et heure de prélèvement : ..... / ..... / ..... à .....

**ETIQUETTE SERVICE :**

**ETIQUETTE RCP :**

**Médicament concerné :**  5-fluorouracile  
 Capécitabine

**Indication :**  Dépistage avant traitement  Recherche suite à toxicité

**Si le traitement a été débuté :**

Date et heure de la première administration (cure) : ..... / ..... / ..... à .....  
 Dose administrée : .....  
 Nature de la toxicité (*le cas échéant*) : .....

**PHARMACOCINÉTIQUE ET TOXICOLOGIE**

Sur 1 tube héparinate de lithium sans gel séparateur  
**A transmettre immédiatement au laboratoire;**  
**Si T° ambiante <1h ou si 4°C <4h**

**PHÉNOTYPAGE DPD (Uracilémie)**

**RESERVE AU LABORATOIRE**

Acheminement : T° ambiante  4°C   
 Date et heure de réception : ..... / ..... / ..... à .....  
 Date et heure de centrifugation ..... / ..... / ..... à .....

**PHARMACOGÉNÉTIQUE**

Sur 1 tube de sang total EDTA  
 Le prélèvement doit être accompagné du consentement signé par le médecin  
 et le patient. Merci de compléter le formulaire au verso.

**GÉNOTYPAGE DPYD**

L'analyse génotypique sera réalisée en fonction des résultats  
 phénotypiques obtenus

Commentaires/Observations .....

**Laboratoire de Toxicologie et Pharmacocinétique**

Contact : Dr Sandrine LEFEUVRE  
 Tel : 05 49 44 41 14 / Fax : 05 49 44 49 55  
 sec.labotoxico@chu-poitiers

**Service de Génétique**

Contact : Dr Claire LAFAY-CHEBASSIER  
 Tel : 05 49 45 49 76 / Fax : 05 49 45 49 72  
**Service de Pharmacologie clinique et  
 vigilances**  
 Tel : 05 49 44 38 36 / Fax : 05 49 45 38 45