



Centre Hospitalier Régional  
Universitaire de Lille



POLE DE BIOLOGIE PATHOLOGIE GENETIQUE

L'expertise du CHU au service de la région.

**INSTITUT DE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE**

**- SECTEUR TOXICOLOGIE ET GENOPATHIES -**

☎ 03.20.44.48.01

FAX 03.20.44.49.57

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

juin-16

**COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR**

Demandeur \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopie \_\_\_\_\_  
 E mail \_\_\_\_\_

**PATIENT**

Nom  
 Nom d'épouse  
 Prénom  
 Né(e) le  
 Sexe

*ETIQUETTE  
PATIENT*

**SERVICE CLINIQUE**

Nom du ou des  
 Médecins  
 prescripteurs

*TAMPON DU  
MEDECIN*

Votre référence .....  
 Service/Unité .....  
 Fax pour envoi des résultats .....

**ANALYSES DEMANDEES**

Génotype DPYD

Recherche des mutations les plus fréquentes impliquées dans le déficit d'activité de la DPD

- Indications de la recherche du déficit en DPD :

- Dépistage avant traitement par 5-fluoro-uracile ou capécitabine (Xeloda®)
- Recherche suite à une toxicité apparue sous traitement
  - 5-fluoro-uracile
  - capécitabine (Xeloda®)

Phénotype DPYD

Mesure de l'activité enzymatique par calcul du rapport UH2/U plasmatique

**Prélèvement :** 1 tube de 5 mL EDTA (ou Héparinate de Lithium)

1. **Centrifugation immédiate (< 30 min après le prélèvement) à 4°C de l'échantillon (10 min à 1500g)**
2. **Décantation du plasma (tube à hémolyse – minimum 1,5 mL)**
3. **Congélation du plasma à -20°C jusqu'à analyse**

Joindre à tout prélèvement sanguin ce formulaire dûment rempli.  
 Pour le génotypage, ajouter le consentement signé par le médecin et le patient.

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

- Dernière administration du 5-fluoro-uracile ou capécitabine (Xeloda®)

Date : .....

Dose : .....

- Date de prochaine consultation : .....

Date et signature du prescripteur : .....

*Cadre réservé au laboratoire CHRU  
ETIQUETTE  
LABO*