Service de la Relation Client :
Tél : 01 34 40 20 20
Fax : 01 34 40 21 29

SRC@lab-cerba.com
www.lab-cerba.com

RECHERCHE D'UN DEFICIT EN DIHYDROPYRIMIDINE DESHYDROGENASE (DPD)

PATIENT

NOM I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

PRENOM I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Nom de naissance I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Adresse.....

.....

Date de naissance : I__I__I / I__I__I / I__I__I__I__I

Origine géographique : .....

☐ Europe ☐ Afrique du Nord ☐ Afrique sub-saharienne
☐ Réunion ☐ Antilles, Guyane ☐ Asie

PRESCRIPTEUR

Cachet obligatoire

Signature :

Adresse e-mail :

INDICATION

☐ **PRE-THERAPEUTIQUE**
Dépistage avant l'initiation d'un traitement par fluoro-pyrimidines

Traitement (préciser) :

☐ **TOXICITE** (patient déjà traité)

EXAMEN DEMANDE

☐ PHENOTYPE DPD = URACILEMIE (code OPL : DPDPH) LC M119

☐ GENOTYPE *DPYD* * (code OPL : DPDGE)

*attestation et recueil de consentement ci-dessous à compléter

PRELEVEMENT SANGUIN

- **Phénotypage :** 1 tube 5-7 ml de sang total sur EDTA, ou héparine, sans gel. Le délai maximal entre prélèvement et centrifugation est de 1h30 si le prélèvement est conservé à température ambiante et de 4h s'il est placé à + 4°C, centrifugation de préférence à + 4°C puis congélation immédiate du plasma obtenu, transport devant respecter la chaîne du froid (congelé strict).
- **Génotypage :** 1 tube 5-7 ml de sang total sur EDTA. Transport à température ambiante et effectué sous 7 jours maximum.

- Date de prélèvement : I__I__I / I__I__I / I__I__I__I__I Cachet du laboratoire préleveur :
- Heure de prélèvement : I__I__I h I__I__I si phénotype : préciser heure de congélation du plasma I__I__I h I__I__I
- N° Client : C I__I__I__I__I__I__I / I__I

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE ET CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE (réservé à la pratique du génotypage)

Je soussigné(e)……Docteur en Médecine,
Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du décret n° 2008-321 du 4 avril 2008, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) sous-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Je soussigné(e) M, Mme……né(e) le ……
Demeurant à : ……
Reconnais avoir reçu par le Dr…… les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin d'évaluer ma susceptibilité génétique à un traitement médicamenteux.
Pour cela, je consens :
☐ au prélèvement qui sera effectué pour moi
☐ au prélèvement qui sera effectué pour mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,
☐ Je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à ……., le ……

Signature du patient adulte :
ou du représentant légal de l'enfant mineur
ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle

Signature du médecin :

Laboratoire Cerba – 95066 Cergy Pontoise Cedex 9 – France – Téléphone : +33 1 34 40 20 20 – Fax : +33 1 34 40 21 29 – e-mail: SRC@lab-cerba.com
CERBA SELAFA au capital de 960 000 € - RCS Pontoise D 402 928 766 – ENREGISTREMENT N°95.9