Laboratoire de Biologie et Pathologie DU CHU DIJON

****Secteur Pharmacologie-Toxicologie

Plateforme de biologie hospitalo-universitaire

Tel : 03 80 29 52 05 - Fax : 03 80 29 32 94

FICHE DE Prélèvement POUR PhénotypAGE DPD

(À REMPLIR PAR LE SERVICE PRESCRIPTEUR)

(Étiquette patient)

NOM : Cliquez ici pour taper du texte.

PRENOM : Cliquez ici pour taper du texte.

DATE DE NAISSANCE : Cliquez ici pour taper du texte.

SERVICE : Cliquez ici pour taper du texte.

Date et heure de prélèvement: **Le** ……../……../…….. **à** ….h….

Renseignements Cliniques

* Nature de la demande :  avant traitement /  survenue de toxicité
* Si traitement déjà débuté :
  + Date de la première administration :  ……../……../……..
  + Médicament concerné  5-Fluorouracile /  Capécitabine

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

Date et heure de Centrifugation : **Le** ……../……../…….. **à** ….h….

Date et heure de Congélation : **Le** ……../……../…….. **à** ….h….

COMMENTAIRES