## Patientenetikette

**Geschlecht:** □ ♂ □ ♀

**Patient:** Name, Geburtsdatum, Soz.Vers., Adresse, inkl. PLZ



**Laborleitung: Dr. G. Webersinke / Doz. O. Zach**

**Medizinische Leitung:**

Inst. f. klin. Pathologie und Molekularpathologie,

**Prof. Dr. F. Moinfar** /

Hämatologie & Onkologie, **Prof. Dr. A. Petzer**

Ordensklinikum Linz GmbH

Barmherzige Schwestern

A-4010 Linz, Seilerstätte 4

**Telefon 0732 / 7677-7597**

**Fax 0732 / 7677-7537**

e-mail: LMGD@ordensklinikum.at

http:// [www.ordensklinikum.at/LMGD](http://www.ordensklinikum.at/LMGD)

**Zuweisung zum Nachweis von *DPYD*-Varianten**

 **(Dihydropyrimidin-Dehydrogenase, DPD) / 5-Fluorouracil-Toxizität**

**Diagnose**

**Absender** (bitte genaue Anschrift)

**Stempel / Kontaktperson:**

**Untersuchungsmaterial**

□ **Peripheres Blut**

 (**10ml** EDTA - keine Barricore-Röhrchen!)

**Datum/Zeit der Probenentnahme**: **Durchführender Arzt**:

**Erwünschte Untersuchung** (# nicht im Akkreditierungsumfang)

□ **DPYD (5-FU-Toxizität)**

 folgende Varianten werden untersucht:

 c.1905+1G>A (Exon14 Skipping; rs3918290; Allel \*2A)

 c.1679T>G (p.I560S; rs55886062; Allel \*13) #

 c.2846A>T (p.D949V; rs67376798) #

 c.1129-5923C>G (rs75017182; gekoppelt mit c.1236G>A, rs56038477; Haplotyp B3) #

**Einverständniserklärung des Patienten/der Patientin**

Ich wurde von Frau/Herrn Dr. …………………………………………………………………… über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der Untersuchung des *DPYD*-Gens zur Therapieplanung aufgeklärt und stimme der Untersuchung sowie der elektronischen Dokumentation der Untersuchungsergebnisse in Arztbriefen bzw. Krankengeschichten zu.

………………………....., am ……………………….. …………………………………………………………………………………………

Ort Datum Unterschrift