

BON DE DEMANDE DE GENOTYPAGE TPMT

Date d'application
08 avr. 2024

Page
1/1

IUCT-Oncopole – Laboratoire de biologie Médicale Oncologique - **Réception prélèvement 2^{ème} étage**
Secteur Pharmacologie – Pr Etienne CHATELUT – 1, Avenue Irène Joliot Curie – 31059 TOULOUSE cedex 9
Téléphone : +33(0)5 31.15.52.01 **Fax : +33(0)5.31.15.52.38**
Les versions en vigueur de bons de demande et des consentements, sont disponibles sur
<http://www.iuct-oncopole.fr/le-laboratoire-de-biologie-medicale-oncologique>

Identité du patient :

Madame Monsieur
Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance : / /
Lieu de naissance :
N° dossier (IPP,...):

Service demandeur :

Médecin prescripteur :
Téléphone (10 chiffres) :
Adresse complète et/ou cachet du demandeur :
.....
.....
.....

Prélèvement :

Date :Heure :
Nom préleveur :

Analyses demandées (cocher les cases correspondantes)

En réalisant ce prélèvement, je m'engage à avoir lu les consignes du manuel de prélèvement du LBMO : <http://www.iuct-oncopole.fr/le-laboratoire-de-biologie-medicale-oncologique>

Je m'engage au règlement de cet acte (code acte M103 de la Liste complémentaire®) qui sera facturé aux établissements prescripteurs selon l'instruction n°DGOS/PF4/DSS/1A/2018/101 du 16 avril 2018.

@ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/rihn>

Génotype TPMT (Thiopurine Méthyl Transférase) : recherche des allèles TPMT*2, TPMT*3A, TPMT*3B et TPMT*3C)

Prélèvement : sang total (3 mL) sur 1 tube EDTA

Acheminement : T° ambiante

Documents à joindre au prélèvement :

- ✓ Bon de demande complété
- ✓ Consentement signé par le médecin et le patient
- ✓ Ordonnance (pour les demandes provenant du CHU: bon de commande + bordereau d'envoi)
- ✓ Joindre une copie de pièce d'identité du patient (**Obligatoire** pour les services externes à l'IUCTO sauf CHU de Toulouse)

Horaires de réception du LBMO : Du lundi au vendredi de 6h30 à 18h00.

Indication de la demande

- Dépistage d'un déficit en TPMT avant initiation du traitement par :
- Azathioprine (IMUREL®) 6-Mercaptopurine (PURINETHOL®) Thioguanine (LANVIS®)
Indication : _____
- Toxicité suite à l'administration du médicament suivant :
- Azathioprine (IMUREL®) 6-Mercaptopurine (PURINETHOL®) Thioguanine (LANVIS®)
Indication : _____
Date de la 1ère administration : _____ Posologie : _____

Merci d'indiquer un éventuel traitement par les médicaments suivants* :

- Aminosalicylates (sulfasalazine, mésalazine, olsalazine) Furosémide
 Infliximab Allopurinol

* Ces médicaments modifient les concentrations des métabolites thiopuriques

*** Résultat souhaité au plus tard le : (délai du laboratoire = 15j max post réception)**

Modifications par rapport à la version précédente : Mise à jour numéro de fax, délai du laboratoire ajouté, ajout du mail solidarités-santé

Rédacteur : Aurelie BRICE, le 04 avr. 2024

Valideur : Fabienne THOMAS (Biologiste LBMO), le 08 avr. 2024

Approbateur Qualité : Marie christine ZIMOCHE (Réfèrent Accréditation LBMO), le 08 avr. 2024