

DEMANDE D'EXAMEN

Dosage des 6-thioguanine nucléotides (6-TGN) et de la 6-méthylmercaptopurine (6-MMP)

(Toute demande sans renseignement ne pourra être réalisée)

Hôpital demandeur : Service : Date :
Docteur :

Identification du malade :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Renseignements cliniques :

Pathologie :

Motif(s) de la demande :

Maladie contrôlée : Oui / Non (rayer la mention inutile).

Transfusion : Date de la dernière transfusion * :

Traitement en cours :

Azathioprine (Imurel®) : Oui / Non (rayer la mention inutile).

Date de début :

Posologie :

Date et heure du prélèvement :

Date et heure de la dernière prise :

Autres :

Modalités de prélèvement :

➤ 5 ml de sang sur EDTA (tube à bouchon violet).

(Ne pas utiliser de tubes avec séparateur ou avec des billes).

Cotation de l'acte : B280 (code NABM 1657 x 2)

A envoyer impérativement à +4°C (non congelé), accompagné de la demande à l'adresse ci dessous du Lundi au Vendredi :

A.G.E.B.

Hôpital Européen Georges Pompidou

20, rue Leblanc

75908 PARIS cedex 15

2^{ème} étage – Pôle Biologie

Personne à contacter : Dr Denis ROCHE Tel 01 56 09 58 05 – 38 82

*** Ne pas envoyer si la dernière transfusion date de moins de 15 jours.**