



HEGP-BIOCHIMIE  
20 rue Leblanc  
75908 Paris Cedex 15

**Formulaire de demande de dosage  
de Thiopurine Méthyl-Transférase  
(TPMT)**

Ref : PO-BIOC-EN-418-V-02  
Version : 02  
Applicable le : 11-02-2022



**Laboratoire de Biochimie – Pôle Biologie (Pr. Marie-Anne LORIOT)**  
UF d'Oncogénétique somatique, Théranostique et Pharmacogénétique (ONSTeP): **Pr H. BLONS**

**Recherche d'un déficit en Thiopurine Méthyl-Transférase (TPMT)**

Indiquée avant l'introduction d'Azathioprine (Imurel) ou de 6-mercaptopurine (Purinthol) ou en cas de d'effet secondaire évocateur de déficit en TPMT (neutropénie par exemple)

**Phénotypage** (Mesure de l'activité TPMT)  
Cotation : **BHN 250 (J103) + B29 ; Code 1104**

**Génotypage** (recherche des mutations dans les exons 5, 7 et 10; en complément de la mesure de l'activité enzymatique)  
Cotation : **BHN 410 (M103)**

**Consentement éclairé (pour les demandes de Génotypage)**

Je soussigné.....ai été informé par le Dr.....  
de la nature et des buts des examens qui vont être réalisés sur le prélèvement qui va m'être effectué, conformément aux dispositions de l'article R1131-5 du code de la santé publique.

J'accepte volontairement ce bilan, je sais que je peux le refuser sans en indiquer les raisons.

J'accepte que ce prélèvement soit conservé au laboratoire selon les exigences légales et que les résultats de ce bilan et toutes les informations me concernant soient également conservées dans le respect du secret médical.

Je sais que ces informations m'appartiennent et qu'elles ne peuvent être transmises à un tiers sans mon accord.

Fait à.....Le..... **Signature du patient :**

Nom du patient : .....Nom de naissance : .....

Prénom : .....Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Service : .....

Hôpital : .....

Hôpital de Jour:  Consultation:  Hospitalisation conventionnelle:

Nom du médecin prescripteur : .....

Date du prélèvement : .....Heure du prélèvement : .....

Tél. : ..... Fax : .....

**Indication:**

- Démarrage d'un traitement
- Effet indésirable

**Modalités de prélèvement :**

*1 tube EDTA 5-7 ml pour le phénotypage*

*1 tube EDTA 5-7 ml pour le génotypage*

*Ne pas faire la demande si transfusion de culots globulaires datant de moins de 15 jours*

**Adresser impérativement à +4°C (non congelé) à :**

A.G.E.B.  
Hôpital Européen Georges Pompidou  
20-40 rue Leblanc  
75908 PARIS Cedex 15  
2<sup>ème</sup> étage – Pôle Biologie

**Personne à contacter :**

Dr Nicolas PALLET Tél : 01 56 09 24 35 ou 38 82