

Fiche de renseignements Dosage des 6TGN et des dérivés méthylés

LAB/PRE/PR02/FORM03

VERSION 2

MISE EN APPLICATION LE : 28/08/2018

PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ __ __ __ Poids : Kg

Pathologie traitée :

PRESCRIPTEUR

Date du prélèvement : __ __ __ __

Nom du prescripteur :

Tél : Fax :

Nom du préleveur :

CONDITIONS DU DOSAGE

- Au minimum 3 semaines après instauration du traitement ou un changement de dose
- Au minimum 6 semaines après une transfusion sanguine

Transfusion : ☐ Oui ☐ Non

Date de la dernière transfusion : __ __ __ __

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAITEMENT (à renseigner impérativement)

Traitement : ☐ Azathioprine (IMUREL®)
☐ 6-mercaptopurine (PURINETHOL®)

Indication :

Posologie actuelle :mg/prise Nombre de prises :/jour

Date d'initiation du traitement : __ __ __ __

Date de début du traitement à cette posologie : __ __ __ __

Si survenue d'effets indésirables

Description :
.....

Prévoir un prélèvement de génotype TPMT