

FICHE DE RENSEIGNEMENT – DOSAGE DES ANTI-TNF ET ANTICORPS ASSOCIES

LABORATOIRE PRELEVEUR

Contact/téléphone.....
.....

Code barre

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom/Prénom : _____

Numéro RPPS : _____

Téléphone : __/__/__/__

Fax : __/__/__/__

Cachet obligatoire

INFORMATIONS PATIENT

Nom, prénom du patient : _____

Date de naissance : Sexe :

Etiquette patient

PRELEVEMENT
1 ml de sérum congelé
Prélèvement en résiduel
avant nouvelle injection

INFORMATIONS SUR LE PRELEVEMENT ET LE TRAITEMENT

TRAITEMENT ET MEDICAMENTS ASSOCIES

- Infliximab
- Adalimumab
- Médicaments immunosuppresseur associés et antécédents de traitement anti-TNF alpha
.....

Date de prélèvement : __/__/__

Date de la dernière injection : __/__/__

Délai depuis la dernière injection : ____ semaines

Dose reçue à la dernière injection : _____

Indication de la mise sous anti-TNF :

.....

Nombre d'injections reçues :

MOTIFS JUSTIFIANT LA DEMANDE

- Traitement inefficace et/ou perte d'efficacité
- Suivi systématique
- Effets indésirables
- Désescalade thérapeutique
- Autres, à préciser

