

Feuille de demande d'examen

DOSAGE DE L'ADALIMUMABEMIE ET DES ANTICORPS ANTI-ADALIMUMAB



N°Client : C I_I_I_I_I_I / I_I

PATIENT(E)	PRESCRIPTEUR
NOM PRENOM Nom de naissance Date de naissance : Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>	NOM PRENOM Adresse Adresse e-mail : <div style="text-align: right; margin-top: -20px;">Cachet obligatoire</div>

PRELEVEMENT : prélèvement résiduel avant une nouvelle injection. 1 ml de sérum congelé

PRÉLÈVEMENT <small>(code OL ADALI)</small>	LABORATOIRE PRÉLEVEUR
Date de prélèvement Molécule injectée : <input type="checkbox"/> Amgevita® <input type="checkbox"/> Humira® <input type="checkbox"/> Imraldi® Date de la dernière injection Délai depuis la dernière infection : semaines Dose reçue à la dernière injection : Nombre d'injections reçues : 	<div style="text-align: right; margin-top: -20px;">Cachet obligatoire</div> Adresse e-mail :

INFORMATION SUR LE TRAITEMENT PAR ADALIMUMAB

■ Indication de la mise sous adalimumab :

.....

■ Médicaments immunosuppresseurs associés et antécédents de traitement anti-TNF :

.....

■ Motif de la demande :

- Systématique
- Suspicion d'échappement thérapeutique
- Réactions liées à l'injection
- Autres (à préciser) :