

N°Client : C | | | | | | | | / | |

PATIENT(E)	PRESCRIPTEUR
<p>NOM .....</p> <p>PRENOM .....</p> <p>Nom de naissance .....</p> <p>Date de naissance :                </p> <p>Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/></p>	<p>NOM PRENOM .....</p> <p>Adresse.....</p> <p>Adresse e-mail : .....</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">Cachet obligatoire</div>
<p><b>PRELEVEMENT : prélèvement résiduel avant une nouvelle injection. 1 ml de sérum congelé</b></p>	
<p><b><u>PRÉLÈVEMENT</u></b> (code OL ADALI)</p> <p>Date de prélèvement                </p> <p>Molécule injectée : <input type="checkbox"/> Amgevita® <input type="checkbox"/> Humira® <input type="checkbox"/> Imraldi®</p> <p>Date de la dernière injection                </p> <p>Délai depuis la dernière infection :       semaines</p> <p>Dose reçue à la dernière injection :</p> <p>Nombre d'injections reçues :      </p>	<p><b><u>LABORATOIRE PRÉLEVEUR</u></b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">Cachet obligatoire</div> <p>Adresse e-mail : .....</p>
<p><b>INFORMATION SUR LE TRAITEMENT PAR ADALIMUMAB</b></p>	
<p>■ Indication de la mise sous adalimumab : .....</p> <p>■ Médicaments immunosuppresseurs associés et antécédents de traitement anti-TNF : .....</p> <p>■ Motif de la demande :</p> <p><input type="checkbox"/> Systématique</p> <p><input type="checkbox"/> Suspicion d'échappement thérapeutique</p> <p><input type="checkbox"/> Réactions liées à l'injection</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : .....</p>	