

Fiche de renseignements cliniques

Dosage des anti-TNF alpha et des anticorps associés

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

N° RPPS :
 Nom du médecin :
 Prénom :
 Téléphone :

Cachet du médecin

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

N° de correspondant :
 Nom du laboratoire :
 Téléphone :

*Cachet du laboratoire
ou étiquette code barre*

PATIENT

Nom :
 Prénom :
 Nom de naissance :
 Date de naissance :
 Sexe : F M

PRÉLÈVEMENT

- 1ml de sérum congelé
- Prélèvement résiduel avant nouvelle injection ou perfusion

INFORMATIONS SUR LE PRÉLÈVEMENT ET SUR LE TRAITEMENT

Date de prélèvement :

Molécule injectée /perfusée :

- Infliximab :** Rémicade® Inflectra® Remsima®
Adalimumab : Humira®
Golimumab : Simponi®

Date de la dernière injection / perfusion :

Délai depuis la dernière injection / perfusion : semaines

Dose reçue à la dernière injection / perfusion :

Indication de la mise sous anti-TNF alpha :

Médicaments immunosuppresseur associés et antécédents de traitement anti-TNF alpha :

Motif de la demande :

- Systématique
 Suspicion d'échappement thérapeutique
 Réactions liées à l'injection/perfusion
 Autres, préciser :