

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>N ° d'identification _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Clé _ _ </p> <p>Adresse e-mail :</p> <div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px 0;">Cachet obligatoire</div>
PRELEVEMENT : prélèvement résiduel avant une nouvelle injection. 1 ml de sérum congelé	
<p style="text-align: center;"><u>PRÉLÈVEMENT</u> <small>(code OL ADALI)</small></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 style="text-align: center;"><u>LABORATOIRE PRÉLEVEUR</u></p> <div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px 0;">Cachet obligatoire</div> <p>Adresse e-mail :</p>
INFORMATION SUR LE TRAITEMENT PAR ADALIMUMAB	
<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 style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Systématique</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Suspicion d'échappement thérapeutique</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Réactions liées à l'injection</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :</p>	