

DOSAGE DE L'ADALIMUMABEMIE ET DES ANTICORPS ANTI-ADALIMUMAB

PATIENT	PRESCRIPTEUR
<ul style="list-style-type: none"> ■ Nom : ■ Prénom : ■ Date de naissance : <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> ■ Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ N ° d'identification <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> Clé <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>CACHET OBLIGATOIRE</p> </div>

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

INFORMATION SUR LE PRELEVEMENT ET SUR LE TRAITEMENT PAR INFLIXIMAB	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Date de prélèvement : <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> ■ Molécule injectée : <input type="checkbox"/> Humira® ■ Date de la dernière injection : <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> ■ Délai depuis la dernière injection : <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> semaines ■ Dose reçue à la dernière injection : ■ Nombre d'injections reçues : <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Indication de la mise sous adalimumab : ■ Médicaments immunosuppresseur associés et antécédents de traitement anti-TNF : ■ Motif de la demande : <input type="checkbox"/> Systématique <input type="checkbox"/> Suspicion d'échappement thérapeutique <input type="checkbox"/> Réactions liées à l'injection <input type="checkbox"/> Autres : à préciser