

DOSAGE DE L'INFLIXIMABEMIE ET DES ANTICORPS ANTI-INFLIXIMAB

PATIENT	PRESCRIPTEUR
<ul style="list-style-type: none"> ■ Nom : ■ Prénom : ■ Date de naissance : [][][][][][] ■ Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ N ° d'identification [][][][][][][][][][][] Clé [][] <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; margin-top: 10px;"> CACHET OBLIGATOIRE </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 : [][][][][][] ■ Molécule injectée : <input type="checkbox"/> Rémicade® <input type="checkbox"/> Inflectra® <input type="checkbox"/> Remsima® ■ Date de la dernière injection : [][][][][][] ■ Délai depuis la dernière injection : [][] semaines ■ Dose reçue à la dernière injection : ■ Nombre d'injections reçues : [][] 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Indication de la mise sous infliximab : ■ 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