

8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Marquer les cases d'un trait noir:

☐ juste ☒ faux



Service d'immunologie et allergie
Réception des laboratoires: BH18-100
1011 Lausanne

Tél. : 021 314 08 05
mail : ial.info@chuv.ch
PP 439

http://www.chuv.ch/ial
http://chuv.ch/lab

Ouverture du laboratoire:
lundi - vendredi 08h00 - 17h00



No d'accréditation
SMTS 0012

Patient

Nom:

Prénom:

Sexe:

Date de naissance complète:

Adresse complète:

N° postal / Localité:

V/réf.:

Facture:

☐ Patient stationnaire / hospitalisé
(Demandeur)

☐ Patient ambulatoire
(assurance / patient)

Assurance :

Etiquette code barres
pour le CHUV



Date et heure du prélèvement indispensables

Jour:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31														

Mois:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Heure:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

 Min.:

15	30	45
----	----	----

COPIE(S) A (adresse exacte et complète)

Nom du médecin:

Service, adresse:

Localité:

DEMANDEUR

Nom du médecin:

Service, adresse:

Tél:

Etiquette
déviation
ou
Etiquette
de projet

MOTIVATION CLINIQUE

- | | | | |
|---|--|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Maladie de Crohn | ☐ Polyarthrite rhumatoïde | ☐ Vasculite | ☐ Psoriasis |
| ☐ Rectocolite hémorragique | ☐ Spondylarthrite ankylosante | ☐ Lymphome | |
| ☐ Echec thérapeutique, changement de traitement envisagé | ☐ Bilan prétraitement | ☐ Suivi | |

TRAITEMENT (1 = traitement actuel, 2 = traitement antérieur)

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ ☐ 1 2 Infiximab | ☐ ☐ 1 2 Etanercept | ☐ ☐ 1 2 Certolizumab | ☐ ☐ 1 2 Secukinumab |
| ☐ ☐ Adalimumab | ☐ ☐ Vedolizumab | ☐ ☐ Ustekinumab | ☐ ☐ Ocrelizumab |
| ☐ ☐ Golimumab | ☐ ☐ Rituximab | ☐ ☐ Tocilizumab | ☐ ☐ Natalizumab |

Date de la dernière dose : Dose :mg/kg

Intervalle des administrations : semaines

Matériel: ☐ sang natif sérum gel 4.9 ml **prélevé avant l'injection du médicament**

ANALYSES

Taux résiduels de médicament et anticorps anti-médicament

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ Infiximab * | ☐ Adalimumab * | ☐ Certolizumab * | ☐ Etanercept * |
| ☐ Anti-Infiximab | ☐ Anti-Adalimumab | ☐ Anti-Certolizumab | ☐ Anti-Etanercept |
| ☐ Anti-Infiximab totaux | ☐ Anti-Adalimumab totaux | | |
| ☐ Golimumab * | ☐ Tocilizumab * | ☐ Vedolizumab * | ☐ Rituximab * |
| ☐ Anti-Golimumab | ☐ Anti-Tocilizumab | ☐ Anti-Vedolizumab | ☐ Anti-Rituximab |
| ☐ Ustekinumab * | ☐ Secukinumab * | ☐ Ocrelizumab * | |
| ☐ Anti-Ustekinumab | ☐ Anti-Secukinumab | ☐ Anti-Ocrelizumab | |
| ☐ Natalizumab * | ☐ Autre médicament : | | |
| ☐ Anti-Natalizumab | | | |

Cibles thérapeutiques

- ☐ TNFα
☐ PD-L1

* Analyse validée pour la détection du médicament biologique de référence ainsi que ses biosimilaires.



Nom
Prénom