

8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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  
 Fax : 021 314 08 01 mail : ial.info@chuv.ch  
 PP 439

http://www.immunologyresearch.ch  
 http://www.chuv.ch/dpml

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



**Patient**

Nom: .....

Prénom: .....

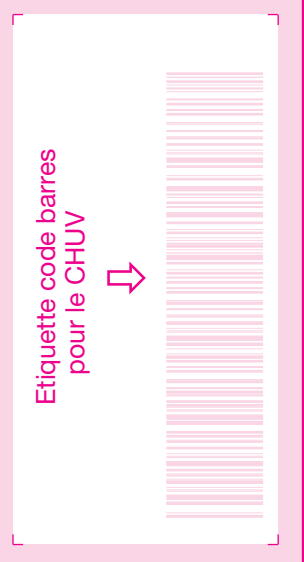
Sexe: .....

Date de naissance complète: .....

Adresse complète: .....

N° postal / Localité: .....

V/réf.: .....



**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
----	----	----

**Facture:**

Patient  Demandeur

**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)

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Infliximab (Remicade®)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Etanercept (Enbrel®)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Certolizumab (Cimzia®)
<input type="checkbox"/> Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/> Vedolizumab (Entyvio®)	<input type="checkbox"/> Ustekinumab (Stelara®)
<input type="checkbox"/> Golimumab (Simponi®)	<input type="checkbox"/> Rituximab (MabThera®)	<input type="checkbox"/> Tocilizumab (Actemra®)
<input type="checkbox"/> Secukinumab (Cosentyx®)		

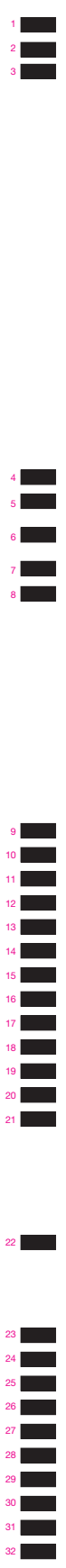
Date de la dernière dose : ..... Dose : ..... mg/kg  
 Fréquence : ..... semaines

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

**ANALYSES**

<input type="checkbox"/> Infliximab (Remicade®, Inflectra®)	<input type="checkbox"/> Etanercept (Enbrel®) ①	<input type="checkbox"/> Certolizumab (Cimzia®)	<input type="checkbox"/> Secukinumab (Cosentyx®) ①
<input type="checkbox"/> Anti-Infliximab	<input type="checkbox"/> Anti-Etanercept ①	<input type="checkbox"/> Anti-Certolizumab ①	<input type="checkbox"/> Anti-Secukinumab ①
<input type="checkbox"/> Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/> Vedolizumab (Entyvio®)	<input type="checkbox"/> Ustekinumab (Stelara®) ①	
<input type="checkbox"/> Anti-Adalimumab	<input type="checkbox"/> Anti-Vedolizumab ①	<input type="checkbox"/> Anti-Ustekinumab ①	
<input type="checkbox"/> Golimumab (Simponi®)	<input type="checkbox"/> Rituximab (MabThera®)	<input type="checkbox"/> Tocilizumab (Actemra®) ①	
<input type="checkbox"/> Anti-Golimumab	<input type="checkbox"/> Anti-Rituximab	<input type="checkbox"/> Anti-Tocilizumab ①	
<input type="checkbox"/> TNFα		<input type="checkbox"/> Autre médicament : .....	

① Analyse validée au laboratoire et non soumise à notre accréditation



N° d'article CHUV: 955611 CHUV Labor-LIA-544 VS-09.2019

