

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"/>
<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: BH18-200
 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



No d'accréditation
 STS 0242

Patient

Nom:

Prénom:

Sexe:

Date de naissance complète:

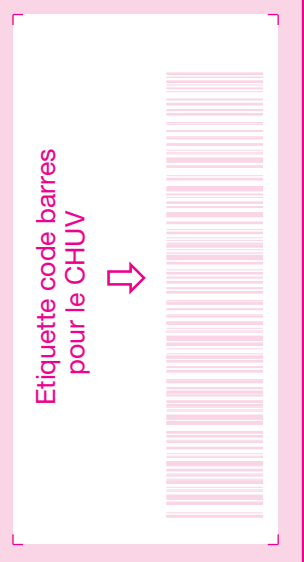
Adresse complète:

N° postal / Localité:

V/réf.:

Facture:

Patient Demandeur



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)

<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"/> ¹ <input type="checkbox"/> ² Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/> ¹ <input type="checkbox"/> ² Vedolizumab (Entyvio®)	<input type="checkbox"/> ¹ <input type="checkbox"/> ² Ustekinumab (Stelara®)
<input type="checkbox"/> ¹ <input type="checkbox"/> ² Golimumab (Simponi®)	<input type="checkbox"/> ¹ <input type="checkbox"/> ² Rituximab (MabThera®)	<input type="checkbox"/> ¹ <input type="checkbox"/> ² Tocilizumab (Actemra®)

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®)	<input type="checkbox"/> Etanercept (Enbrel®) ①	<input type="checkbox"/> Certolizumab (Cimzia®)
<input type="checkbox"/> Anti-Infliximab	<input type="checkbox"/> Anti-Etanercept ①	<input type="checkbox"/> Anti-Certolizumab 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-543 VS-03.2018

