

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: BH18-200
 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/lab

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



No d'accréditation
 STS 0242

Patient

Name:

Vorname:

Geschlecht:

Vollständiges Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ / Ort:

Ihre ref.:

Rechnung an:

Patient Auftraggeber

Etiquette code barres pour le CHUV



Datum und Zeit Materialabnahme notwendig

Tag:

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

Monat:

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

Std.:

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
----	----	----

KOPIE(N) AN (vollständige Adresse)

Arzt Name:

Strasse:

Ort:

AUFTRAGGEBER

Arzt Name:

Strasse, Ort:

Tel:

Etiquette déviation ou Etiquette de projet

BEGRÜNDUNG:

- | | | | |
|---|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Polyarthrit | <input type="checkbox"/> Vaskulitis | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | <input type="checkbox"/> Lymphome | |
| <input type="checkbox"/> Therapieversagen, Änderung der beabsichtigten Behandlung | <input type="checkbox"/> Ergebnis vor Behandlung | <input type="checkbox"/> Während der Behandlung | |

MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG (1 = derzeit, 2 = früher)

- | | | |
|--|--|--|
| <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®) |

Datum der letzten Verabreichung: Dosierung: mg/kg

Verabreichungsintervall: Wochen

Probe: Serum 4.9 ml **Abnahme vor der Injektion des Medikamentes**

GEWÜNSCHTE ANALYSEN

- | | | |
|---|--|---|
| <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"/> Andere Medikamente: | |

① Das Prüfverfahren wurde in unserem Labor validiert und unterliegt nicht der Akkreditierung



N° d'article CHUV: 964503 CHUV Labor-LIA-543 VS-04-2018

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