

CHU de NANTES
Laboratoire d'Immunologie
02 40 08 40 65

Etiquette PATIENT

UF demandeur

PRELEVEMENT:

Tube sec (bouchon rouge) 5ml à transmettre au CRTE avec le bon rempli.

Prélèvement résiduel avant nouvelle injection ou perfusion.

Mentions obligatoires concernant le prélèvement :

Date : ___ / ___ / ___ Heure : ___h___ Prescripteur : _____ Préleveur : _____

Traitement anti-TNF :

INFLIXIMAB médicament injecté Rémicade® Inflectra® Remsima®

ADALIMUMAB médicament injecté Humira®

Informations sur le prélèvement et le traitement :

- Date de la dernière injection : ___ / ___ / ___
- Délais depuis la dernière injection : ___ semaines
- Indication de la mise sous anti-TNF :
- Motif de la demande de dosage
 - Suivi systématique
 - Suspicion d'échappement thérapeutique
 - Réactions liées à l'injection
 - Désescalade thérapeutique
 - Autres :

Partie laboratoire

Si ADALIMUMAB saisir le test **ADALI**

Si INFLIXIMAB (Rémicade®, Inflectra® ou Remsima®) saisir le test **INFLI**

**Orientation RSA pour aliquotage 1000 µl.
Circuit Immunologie -1**

ETIQUETTE LABO/DXLAB

A remplir par le service demandeur