



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

INSTITUT D'IMMUNOLOGIE
PÔLE DE BIOLOGIE – PATHOLOGIE – GÉNÉTIQUE – MÉDICALE
CHRU DE LILLE

Boulevard du Professeur Leclercq
59037 LILLE Cedex
☎ 03.20.44.55.72 / 74 - Fax 03.20.44.69.54

BIOETHERAPIES : DOSAGE DU MEDICAMENT ET ANTICORPS INDUITS

IDENTITE DU PATIENT

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : F M

ORGANISME DEMANDEUR

Laboratoire Service clinique demandeur

Service demandeur :

Adresse :

Téléphone :

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom et Prénom :

Tel : Fax : E-mail :

Analyses demandées : Taux résiduel du médicament, détection d'anticorps anti-médicament

Infliximab (Remicade[®]) Infliximab (Inflectra[®]) Adalimumab (Humira[®])

Ustekinumab (Stelara[®]) Vedolizumab (Entyvio[®])

Objectif de la prescription :

Bilan prétraitement Suivi Echec thérapeutique Changement de traitement envisagé

Autre :

Pathologie suspectée ou avérée :

Maladie de Crohn Polyarthrite rhumatoïde Psoriasis Rhumatisme psoriasique

Rectocolite hémorragique Spondylarthrite Lymphome vasculite

Autre(s) :

Traitement biologique : (1 = actuel, 2 = antérieur)

1 / 2 Infliximab (Remicade[®]) 1 / 2 Infliximab (Inflectra[®]) 1 / 2 Adalimumab (Humira[®])

Ustekinumab (Stelara[®]) Vedolizumab (Entyvio[®]) Autre(s) :

Date de la dernière dose : Dose : mg/kg

Fréquence : / semaines

Date du prélèvement :/...../.....

Traitement immunosuppresseur associé : NON OUI Lequel :



PRELEVEMENT : 1 tube sec de 7 ml avant perfusion. Joindre impérativement le tube à cette feuille de renseignements

ACHEMINEMENT : après centrifugation, décantation : sérum congelé – 20°C.