CHRU DE NANCY

Formulaire

# IMM-Prescription Biothérapies - Immunologie

*ENTÊTE RÉSERVÉE : MERCI DE NE RIEN INSCRIRE*

pôle laboratoires

**Structure : IMMUNOLOGIE**
**Nom du biologiste : C ANDRE-BOTTE**
**Numéro de téléphone : 03.83.15.76.12 Mail : immunologie@chru-nancy.fr**

**Fiche de renseignements cliniques : DOSAGE DES BIOTHERAPIES ET ANTICORPS ASSOCIES**

**Patient ou étiquette :**

Nom : .....

Prénom : .....

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

Service demandeur
(Tampon)

**Médecin prescripteur :** .....

**Informations sur le prélèvement et le traitement :**

Date du prélèvement : .....

Molécule administrée **après** le prélèvement : .....

Date de la dernière administration : .....

Posologie actuelle : .....

Indication de la mise sous biothérapie :

☐ RCH ☐ PR

☐ Crohn ☐ autre : .....

Traitement immunosuppresseur associé : .....

Antécédent de traitement par une autre biothérapie :

Molécule : .....

Date de dernière administration : .....

**Analyses demandées**
**Dosage médicament + anticorps anti-médicament :**

☐ infliximab (INFLECTRA, REMICADE, REMSIMA,..)

☐ adalimumab (AMGEVITA, HULIO, HUMIRA, HYRIMOZ, IDACIO)

☐ vedolizumab (ENTYVIO,.)

☐ autre : .....

**Motif de la demande :**

☐ traitement d'induction

☐ perte de réponse

☐ réactions liées à l'administration

☐ autre : .....



*Seule la version électronique du document est valide*

CHRU NANCY