

DOSAGE DE L'ADALIMUMABEMIE ET DES ANTICORPS ANTI-ADALIMUMAB

LABORATOIRE PRÉLEVEUR	PRÉLÈVEMENT (CODE OPL : ADALI)
N° Client: C / Cachet obligatoire	- Date de prélèvement : - Prélèvement résiduel avant une nouvelle injection. 1 ml de sérum congelé - Molécule injectée : ☐ Amgevita® ☐ Humira® ☐ Imraldi® - Date de la dernière injection : - Délai depuis la dernière infection : semaines - Dose reçue à la dernière injection : - Nombre d'injections reçues :

PATIENT(E)	PRESCRIPTEUR
NOM PRÉNOM Nom de naissance..... Adresse CP Ville Date de naissance : Sexe : ☐ F ☐ M	Numéro RPPS (obligatoire) : Cachet obligatoire Adresse e-mail : Signature :

INFORMATION SUR LE TRAITEMENT PAR ADALIMUMAB
■ Indication de la mise sous adalimumab :
■ Médicaments immunosuppresseurs associés et antécédents de traitement anti-TNF :
MOTIF DE LA DEMANDE : ☐ Systématique ☐ Suspicion d'échappement thérapeutique ☐ Réactions liées à l'injection ☐ Autres (à préciser) :