

DOSAGE DE L'INFLIXIMABEMIE ET DES ANTICORPS ANTI-INFLIXIMAB

LABORATOIRE PRÉLEVEUR	PRÉLÈVEMENT (CODE OPL : INFLI)
N° Client: C / Cachet obligatoire	▪ Date de prélèvement : ▪ Prélèvement résiduel avant une nouvelle injection. ▪ 1 ml de sérum congelé ▪ Molécule injectée : ☐ Rémicade® ☐ Inflectra® ☐ Remsima® ▪ 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 INFLIXIMAB

■ Indication de la mise sous infliximab :

■ 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) :