



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

## BIOThERAPIES : DOSAGE DU MÉDICAMENT 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<sup>®</sup>)  Infliximab (Inflectra<sup>®</sup>)  Adalimumab (Humira<sup>®</sup>)

Ustekinumab (Stelara<sup>®</sup>)  Vedolizumab (Entyvio<sup>®</sup>)

#### 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                                      1 / 2                                      1 / 2  
  Infliximab (Remicade<sup>®</sup>)      Infliximab (Inflectra<sup>®</sup>)      Adalimumab (Humira<sup>®</sup>)

Ustekinumab (Stelara<sup>®</sup>)      Vedolizumab (Entyvio<sup>®</sup>)     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.