Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Québec

Requête d'analyse de l'INFLIXIMAB et anticorps anti-INFLIXIMAB

Identification du prescripteur - Renseignements obligatoires

Nom et prénom : _____

Numéro de pratique : _____

Pour cliniques : Lieu de consultation : _____

Téléphone du prescripteur : _____

Télécopieur du prescripteur : _____

Date prélèvement : aaaa - mm - jj Heure : ____ h ____

Lieu de prélèvement : _____ Prélevé par : _____

Identification du patient - Renseignements obligatoires

*Utiliser la carte HMR ou d'assurance-maladie du patient

Nom : Prénom :

Numéro de dossier :

RAMQ :

Date de naissance : _____-____-____ (aaaa mm jj) Sexe :

No. Tél. :

☐ **Résultats STAT Tél. :** _____ **Fax :** _____

Renseignement cliniques OBLIGATOIRES

Cochez la maladie :

☐ Crohn ☐ Colite ulcéreuse ☐ Autres : _____

Immunomodulation :

☐ Oui ☐ Non

Cochez la raison de la demande d'analyse :

☐ Post-induction ☐ Aléatoire

☐ Non réponse ☐ Perte de réponse

Biochimie - 1 tube or gel (110)

☐ (infli) Infliximab et anticorps anti-infliximab

Étiquette d'enregistrement ici

Hôpital Maisonneuve-Rosemont
5415, boul. de l'Assomption
Montréal Qc H1T 2M4
Tél: (514) 252-3400

F00001-1508

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Québec

Requête d'analyse de l'INFLIXIMAB et anticorps anti-INFLIXIMAB

Identification du prescripteur - Renseignements obligatoires

Nom et prénom : _____

Numéro de pratique : _____

Pour cliniques : Lieu de consultation : _____

Téléphone du prescripteur : _____

Télécopieur du prescripteur : _____

Date prélèvement : aaaa - mm - jj Heure : ____ h ____

Lieu de prélèvement : _____ Prélevé par : _____

Identification du patient - Renseignements obligatoires

*Utiliser la carte HMR ou d'assurance-maladie du patient

Nom : Prénom :

Numéro de dossier :

RAMQ :

Date de naissance : _____-____-____ (aaaa mm jj) Sexe :

No. Tél. :

☐ Résultats STAT Tél. : _____ Fax : _____

Renseignement cliniques OBLIGATOIRES

Cochez la maladie :

☐ Crohn ☐ Colite ulcéreuse ☐ Autres : _____

Immunomodulation :

☐ Oui ☐ Non

Cochez la raison de la demande d'analyse :

☐ Post-induction ☐ Aléatoire

☐ Non réponse ☐ Perte de réponse

Biochimie - 1 tube or gel (110)

☐ (infli) Infliximab et anticorps anti-infliximab

Étiquette d'enregistrement ici

Hôpital Maisonneuve-Rosemont
5415, boul. de l'Assomption
Montréal Qc H1T 2M4
Tél: (514) 252-3400

F00001-1508