

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: _____

Renseignement cliniques OBLIGATOIRES

Information sur le médicament:

Dernière dose: _____ mg Date: ____aaaa__ - ____mm__ - ____jj__ Heure: ____h__ ____
Cochez la maladie:
 Crohn Colite ulcéreuse Autres: _____
Immunomodulation:
 Oui Non

Biochimie - 1 tube or gel (110)

(ada) Adalimumab et anticorps anti-adalimumab

Identification du patient - Renseignements obligatoires

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

Nom: _____ Prénom: _____
Numéro de dossier: _____
RAMQ: _____
Date de naissance: ____-____-____ Sexe: _____
aaaa mm jj
No. Tél.: _____

Résultats STAT Tél.: _____ Fax: _____

Cochez la raison de la demande d'analyse:

Post-induction Aléatoire
 Non réponse Perte de réponse

Étiquette d'enregistrement ici

Programme de biologie médicale

F00002-1601

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: _____

Renseignement cliniques OBLIGATOIRES

Information sur le médicament:

Dernière dose: _____ mg Date: ____aaaa__ - ____mm__ - ____jj__ Heure: ____h__ ____
Cochez la maladie:
 Crohn Colite ulcéreuse Autres: _____
Immunomodulation:
 Oui Non

Biochimie - 1 tube or gel (110)

(ada) Adalimumab et anticorps anti-adalimumab

Identification du patient - Renseignements obligatoires

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

Nom: _____ Prénom: _____
Numéro de dossier: _____
RAMQ: _____
Date de naissance: ____-____-____ Sexe: _____
aaaa mm jj
No. Tél.: _____

Résultats STAT Tél.: _____ Fax: _____

Cochez la raison de la demande d'analyse:

Post-induction Aléatoire
 Non réponse Perte de réponse

Étiquette d'enregistrement ici

Programme de biologie médicale

F00002-1601