



**Prélèvements à adresser à : Pr. Gilles PAINTAUD**

**CHRU de Tours – Laboratoire de Pharmacologie-Toxicologie  
2 Bd Tonnellé - 37044 Tours Cedex 9**

**Contacts :** Anticorps thérapeutiques : Dr. D. TERNANT (Secrétariat : 02 47 47 60 08 – Fax : 02 47 47 60 11)  
Anticorps induits : Pr. H. WATIER (Secrétariat : 02 47 47 87 36 – Fax : 02 34 38 94 12)

|                               |
|-------------------------------|
| <b>PATIENT</b> (ou étiquette) |
| NOM : _____                   |
| PRENOM : _____                |
| NOM JF : _____                |
| DDN : _____                   |

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>PRESCRIPTEUR</b> (ou cachet) |
| NOM : _____                     |
| SERVICE : _____                 |
| Tél. : _____                    |

**Préleveur\*** : \_\_\_\_\_ **Date\*et heure\* du prélèvement** : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ h

**Date\* de l'injection précédente** : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Dose\* de l'injection précédente** : \_\_\_\_\_ mg **Poids\*** : \_\_\_\_\_ kg

**Motif demande** :  Suivi systématique  Inefficacité du traitement  Immunisation suspectée  
 Autre, préciser : \_\_\_\_\_

**Pathologie** :  Polyarthrite rhumatoïde  Spondylarthropathie  Psoriasis  Maladie de Crohn  
 Rectocolite hémorragique  Autre, préciser : \_\_\_\_\_

**Médicaments associés** : \_\_\_\_\_

Dans les deux encadrés ci-dessous, cocher les examens souhaités\* :

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Anticorps à doser</b> (M053 – 27 €) :</p> <input type="checkbox"/> infliximab<br><input type="checkbox"/> adalimumab<br><input type="checkbox"/> rituximab<br><input type="checkbox"/> cétuximab<br><input type="checkbox"/> bévacizumab<br><input type="checkbox"/> trastuzumab<br><input type="checkbox"/> autre : _____ <p><b>Conditions pré-analytiques :</b><br/>         Avant la perfusion (T0h), prélever 5 mL de sang sur <b>tube sec sans gel séparateur</b> (bouchon rouge).<br/>         Laisser coaguler 1h après le prélèvement (2h pour les tubes sans activateur de coagulation), puis centrifuger selon les recommandations de votre fournisseur de tubes, à défaut 10 min à 2000g à T°C ambiante.<br/>         Aliquoter le sérum (2 x 1 mL) et prévoir un acheminement :<br/>         1) à température ambiante dans les 48h après le prélèvement.<br/>         2) ou à +4°C ou à -20°C au-delà de 48h.</p> | <p><b>Heure de prélèvement :</b></p> <input type="checkbox"/> T0 (avant la perfusion)<br><input type="checkbox"/> T0 et T2h (après la fin de la perfusion)<br>Si demande de calcul pharmacocinétique, indiquer heure de début et de fin de perfusion et date et heure de prélèvement sur ce bon et sur les tubes.<br>_____<br>_____ |
|--|---|

|   |
|---|
| <p><b>Anticorps induits à doser</b> (M053 + K147 = 67,5 €) l'interprétation du résultat nécessite de connaître la concentration de l'anticorps thérapeutique circulant résiduel :</p> <input type="checkbox"/> anticorps anti-infliximab <input type="checkbox"/> anticorps anti-adalimumab |
|---|

**Adresse de facturation\*** : \_\_\_\_\_ **Adresse d'envoi des résultats\*** : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*OBLIGATOIRE, si non renseigné la demande sera annulée.