

Demande de dosage d'anticorps anti-natalizumab

1 tube identifié au nom du patient contenant 1 à 2 ml de sérum à conserver à température ambiante

LABORATOIRE PASTEUR CERBA - 95066 Cergy Pontoise cedex 9

Service réception - Nathalie Duchaussoy

LABORATOIRE

Numéro de correspondant Pasteur Cerba :
.....

TAMPON DU LABORATOIRE

IDENTITÉ DU PATIENT

Sexe : | | F | | M

Nom :

Prénom : Date de naissance : | | | | | | | | | |

IDENTITÉ DU MÉDECIN

Numéro d'inscription à l'Ordre des Médecins :

Nom : Prénom :

Centre Hospitalier :

Adresse :

Téléphone : | | | | | | | | | | Fax : | | | | | | | | | |

E-mail : @

RÉSERVÉ PC :
2 EXEMPLAIRES RÉSULTAT AU MÉDECIN
N° FACTURATION : 13817 U

TAMPON DU SERVICE

INFORMATIONS SUR LE PRÉLÈVEMENT

Date du prélèvement : | | | | | | | | | | **CODE ANALYSE : TYSAB / SÉRUM**

Motif du dosage :

- Inefficacité du traitement
- Réactions liées à la perfusion
- Prélèvement de contrôle à 6 semaines après un premier prélèvement positif ou douteux
- Dosage systématique après arrêt prolongé du traitement

INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT PAR NATALIZUMAB

Nombre de perfusions de natalizumab administrées au patient :

Date de la dernière perfusion de natalizumab : | | | | | | | | | |

ANALYSE PRÉ-RENSÉIGNÉE

SEULS LES FORMULAIRES INTÉGRALEMENT REMPLIS SERONT PRIS EN COMPTE