



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)

PATIENT (ou étiquette)

NOM : _____

PRENOM : _____

NOM JF : _____

DDN : _____

PRESCRIPTEUR (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

Voie d'administration* : IV Sous-cutanée Autre : _____

Motif demande : Suivi systématique Suspicion d'immunisation
 Réponse insuffisante ou non réponse Autre, préciser : _____

Pathologie : Polyarthrite rhumatoïde Maladie de Crohn SHU atypique
 Spondylarthropathie Rectocolite hémorragique HPN
 Psoriasis Autre, préciser : _____

Médicaments associés : _____

Dans l'encadré ci-dessous, cocher les examens souhaités* :

Anticorps (la recherche d'anticorps induits anti-adalimumab ou anti-infliximab sera réalisée selon la concentration circulante de l'anticorps thérapeutique) :

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adalimumab (et anticorps induits) | <input type="checkbox"/> Bevacizumab | <input type="checkbox"/> Cetuximab |
| <input type="checkbox"/> Eculizumab | <input type="checkbox"/> Infliximab (et anticorps induits) | <input type="checkbox"/> Rituximab |
| <input type="checkbox"/> Tocilizumab | <input type="checkbox"/> Trastuzumab | <input type="checkbox"/> Vedolizumab |
| <input type="checkbox"/> Autre, nous contacter : _____ | | |

Heure de prélèvement :

- T0h (avant la perfusion) T0h et T2h (après la fin de la perfusion)

Si T2h* : Heure du prélèvement T2h : ___ h ___ Heures de début/fin de la perfusion : ___ h ___ / ___ h ___

Conditions pré-analytiques :

Prélever 5 mL de sang sur **tube sec sans gel séparateur** (bouchon rouge).

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.

Aliquoter le sérum dans **1 seul tube** (≥ 1 mL), et l'acheminer :

- 1) à température ambiante si reçu à Tours dans les 48h après le prélèvement,
Sinon 2) à +4°C ou à -20°C au-delà de 48h.

Facturation :

Dosage d'anticorps : M053 = 27 € par prélèvement

Dosage d'anticorps + anticorps induits : M053 + K147 = 67,5 €

Adresse de facturation* : _____ **Adresse d'envoi des résultats* :** _____

*OBLIGATOIRE, si non renseigné la demande sera annulée.