



**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.