



BIOLOGIKA

PATIENT

Name: Vorname:
Geschlecht: männlich weiblich Geburtsdatum:
Adresse:
PLZ / Ort:
Ihre Referenz:
Rechnung an: Patient Antragsteller

Kopie(n) der Resultate an:

Name des Arztes:
Adresse:
Sucher / Telefon:

Antragssteller:

Name des Arztes:
Adresse:
Sucher / Telefon:

Datum und Uhrzeit der Probe:

Datum: Uhrzeit:

AXYA Strichcode
für das CHUV

Gewünschte Analysen (Nativblut – Serum ≥ 4 ml, unmittelbar vor Verabreichung des Medikamentes):

Talspiegel des Medikamentes, Nachweis von Antikörpern gegen das Medikament und TNF α

- Infliximab (Remicade®) Adalimumab (Humira®) Golimumab (Simponi®)
 Certolizumab (Cimzia®)* Etanercept (Enbrel®)*

Talspiegel des Medikamentes und Nachweis von Antikörpern gegen das Medikament

- Rituximab (MabThera®)* Tocilizumab (Actemra®)*

* nicht im Akkreditierungsbereich

Begründung:

- Untersuchung vor Therapiestart Bereits mit Medikament behandelt Therapieversagen; vorgesehene Umstellung des Medikamentes

Grunderkrankung:

- Morbus Crohn Rheumatoide Polyarthrit Vaskulitis Psoriasis
 Colitis ulcerosa Morbus Bechterew Lymphome
 Andere:

Behandlung mit Biologika (1 = derzeit, 2 = früher):

- | | | |
|--|--|---|
| 1 / 2 | 1 / 2 | 1 / 2 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infliximab (Remicade®) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adalimumab (Humira®) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Golimumab (Simponi®) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Certolizumab (Cimzia®) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Etanercept (Enbrel®) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rituximab (MabThera®) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tocilizumab (Actemra®) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Andere(n): | |

Datum der letzten Verabreichung: Dosierung: mg/kg

Verabreichungsintervall: Wochen

