eurofins | Biomnis

Clinical Information Form
Follow-up of patients under biopharmaceuticals, drug dosage and associated antibodies

INTERNATIONAL DIVISION

17/19, avenue Tony Garnier - BP 7322
69357 Lyon cedex 07

Tel.: **+33 (0)4 72 80 23 85**
Fax: **+33 (0)4 72 80 73 56**
E-mail: **international@biomnis.com**

CLINICIAN

Clinician's name: .....

Name: .....

Tel. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Clinician's stamp

SAMPLING LABORATORY

Client No.: .....

Laboratory name: .....

Tel.: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Laboratory's stamp or barcode label

PATIENT DETAILS

First name(s): .....

Surname: .....

Maiden name: .....

Date of birth: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Gender: ☐ F ☐ M

SAMPLE

- 1ml refrigerated serum
- Residual sample before new injection or infusion

INFORMATION ABOUT THE SAMPLE AND TREATMENT

Date of sampling: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Product injected / infused:

Infliximab : ☐ Remicade® ☐ Inflectra® ☐ Remsima® ▸ code **INFAC**

Adalimumab : ☐ Humira® ▸ code **ADAL**

Golimumab : ☐ Simponi® ▸ code **GOLIM**

Date of last injection / infusion: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Time since last injection / infusion: ..... weeks

Dose received at last injection / infusion: .....

Indication for anti-TNF alpha treatment: .....

.....

Associated immunosuppressants and background to anti-TNF alpha therapy:

.....

Reason for request:

☐ Systematic

☐ Suspicion of treatment failure

☐ Reactions in connection with the injection/infusion

☐ Other, please specify: .....

eurofins | Biomnis

Formular de date clinice
Monitorizarea pacienților tratați cu biofarmaceutice, dozare de medicamente și anticorpi asociați

INTERNATIONAL DIVISION

17/19, avenue Tony Garnier - BP 7322
69357 Lyon cedex 07

Tel.: **+33 (0)4 72 80 23 85**
Fax: **+33 (0)4 72 80 73 56**
E-mail: **international@biomnis.com**

MEDIC CURANT

Nume: .....

Prenume: .....

Tel. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Parafa medicului

LABORATOR SUBCONTRACTANT

Nr. client.: .....

Denumire laborator: .....

Tel.: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ștampila laboratorului sau eticheta cod de bare

INFORMAȚII DESPRE PACIENT

Prenume: .....

Nume: .....

Maiden name: .....

Data nașterii: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Sex: ☐ F ☐ M

PROBĂ

- 1ml ser refrigerat
- Proba se recoltează înainte de o nouă injecție sau perfuzie

INFORMAȚII DESPRE PROBĂ ȘI TRATAMENT

Data recoltării probei: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Product injectat / perfuzat:

Infliximab : ☐ Remicade® ☐ Inflectra® ☐ Remsima® ▸cod **INFAC**

Adalimumab : ☐ Humira® ▸cod **ADAL**

Golimumab : ☐ Simponi® ▸cod **GOLIM**

Data ultimei injecții / perfuzii: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Timp trecut de la ultima injecție / perfuzie: ..... săptămâni

Doza primită la ultima injecție / perfuzie: .....

Indicație pentru tratamentul anti-TNF alfa: .....

.....

Imunosupresoare asociate și istoric de terapie cu anti-TNF alfa:

.....

Motivul cererii:

☐ Monitorizare periodică

☐ Suspeciune de ineficiență a tratamentului

☐ Reacții asociate injecției / perfuziei

☐ Altele, vă rog, specificați: .....