

*Etiquette*

*Ou*

Nom : .....

Prénom : .....

N° de dossier:.....

*Etiquette*

*Ou*

Nom : .....

Prénom : .....

N° de dossier:.....

A compléter par le préleveur

A compléter par le préleveur

-Déficit immunitaire suspecté :  OUI  NON

-Suivi Rituximab (RITUXAN ,MABTHERA):  OUI  NON

-Sclérose en plaque :  OUI  NON

-Polyarthrite rhumatoïde :  OUI  NON.....

-Autres : .....

Médecin et spécialité du prescripteur : .....

Date

*A transmettre à EFS avec le bordereau*

-Déficit immunitaire suspecté:  OUI  NON

-Suivi Rituximab(RITUXAN ,MABTHERA) :  OUI  NON

-Sclérose en plaque :  OUI  NON

Polyarthrite rhumatoïde :  OUI  NON.....

-Autres : .....

Médecin et spécialité du prescripteur:.....

Date

*A transmettre à EFS avec le bordereau*