InflixiFax: Traitement ambulatoire par Remicade® et Inflectra® 📈





Ce document n'est pas une recommandation de traitement mais un support de communication entre le prescripteur et le médecin qui applique les perfusions.

Patient/e : Nom: Date de naissance// Rue: Téléphone privé:	Prénom: Sexe: □ M □ CP/lieu: Téléphone pr	
Accord de la caisse reçu le: Caisse-maladie: No	o d'assuré:	Assurance: □ Privée □ Semi-privée □ Base
Diagnostic :, fa Prochaine colonoscopie/OGD : le/ □ Les contre-indications ont été écartées (./	que stade 3-4, infection aigue, grossesse, allaitement)
TB spot, fait le// Sérologie Hépatite B, faite le// Sérologie Hépatite C, faite le// Vaccination anti-grippe: 1 dose par an, f Vaccin contre la diphtérie et le tétanos: Vaccin 23-valent contre les pneumocod	Résultat : aite le// 1 dose de rappel to	ous les 10 ans, faite le/
Le prescripteur demande un labo: □ Non □ □ CRP □ VS □ CK □ Créatinine □ Formule sanguine □ Tests hépatiques (□ □ Status urinaire □ Autre:		GGT, □ Phosphatase alcaline)
	Solumédrol® : Prednisone® : Tavegyl® :	mg PO,
Allergies:		
Directives concernant la perfusion vous trouverez des indications détaillées sur le spécialités souhaitée : Remicade®		e® / Inflectra® erfusion dans le protocole médicamenteux de la PIC.
<u>Initiation du traitement ou intolérance à</u> □ Perfusion en 2 h □ Semaine 0	a la perfusion en 1 □ Semaine 2 □ Se	
Traitement d'entretien : ☐ Perfusion en 1 h (après 3 perfusions bie ☐ Toutes les 8 semaines ☐ Toutes les ☐ Fixer un rendez-vous avec le patient pou	semaines	usion
Posologie : (1 flacon = 100 mg) □ 3 mg/kg x Kg =mg □ 5 mg/kg x Kg =mg □mg/kg x Kg =mg	Nombre de fla	acons :acons :acons :
Date :		
Cachet et signature du médecin prescripte	ur :	

PIC : Pharmacie Interhospitalière de la Côte

JPA (GHOL), NM (PIC); v4.avr.2018