

DEMANDE D'ANALYSE METHOTREXATE

Q04PQ05A38 - v001



Secrétariat HCMC : 24770

Secrétariat Vésale: 24700

Renseignements patient

Nom:	Sexe:
	☐ M
Prénom:	☐ F
Né(e) le:	
Adresse:	
Numéro NISS:	

ETIQUETTE - VIGNETTE

Document officiel d'identité obligatoire pour toute visite

Préleveur

Date:
Heure:
Initiales:

ETIQUETTE LABORATOIRE

Renseignements prescripteur

Médecin:

N° INAMI:

Date:

Signature:

CACHET ET
SIGNATURE

Communications

☐ Copie au Dr.:

Adresse:

☐ [rouge] sérum avec gel

Tube pédiatrique de 4 mL : 1 mL de sang total est suffisant

METHOTREXATE

Note au secrétariat médicale : code test méthotrexate = MTX - à encoder comme dossier urgent

Renseignements cliniques (obligatoire) :

Dose de méthotrexate :

..... g/m2

Jour de la perfusion :

☐ Lundi

☐ Mardi

☐ Mercredi

Heure de début de la perfusion de méthotrexate :

.....

☐ Méthotrexate 24h post-dose

☐ Méthotrexate 48h post-dose

☐ Méthotrexate 72h post-dose

Prise de sang à réaliser le :

Prise de sang à réaliser le :

Prise de sang à réaliser le :

.....

.....

.....

à :

à :

à :

.....h.....

.....h.....

.....h.....