



Hospital Universitario La Paz

Comunidad de Madrid

SERVICIOS CENTRALES

ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos:

Nombre:

Fecha Nac.:

Sexo:

Nº H.C.:

SUERO INMUNO

(tubo 3,5 ml con gel, sin anticoagulante, tapón marrón)

RESERVADO
PARA LA
ETIQUETA
DE CÓDIGO
DE BARRAS

LOCALIZACIÓN DEL PACIENTE

GFH DESTINO

--	--	--	--

GFH SERVICIO

--	--	--	--

CENTR.	HABIT.	CAMA
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

INMUNOLOGIA- Inmunogenicidad

1.-DIAGNÓSTICO: AR EspA APs AIJ EC CU EIIC

Uveítis Psoriasis Otras: _____

2.-FÁRMACO CONCOMITANTE: MTX LEF SZS HCQ AZA CTC

Ciclosporina Otros: _____

3.-FECHA/AÑO INICIO: ____/____/____

4.-DOSIS:

5.-PAUTA: cada..... semanas/ días

6.-ACTIVIDAD CLÍNICA:

DOCTOR (Nº FUNCIONAL)

0	1	2	3	4
5	6	7	8	9

NOMBRE Y FIRMA:

TELÉFONO:

--	--	--	--

HORA DE EXTRACCIÓN

HORAS MINUTOS

		:		
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9

NOTAS:

1- Es **IMPRESINDIBLE** que estén completos **los 6 ítems del volante**

2- Extraer la muestra **SIEMPRE ANTES (máximo 24h)** de la aplicación del Fármaco

Infliximab/Ac anti infliximab (IF005)

Adalimumab/ Ac anti adalimumab (IF015)

Etanercept/Ac anti etanercept (IF025)

OBSERVACIONES

OTRAS PRUEBAS

