



DEMANDE EXPLORATION EN ALLERGOLOGIE

À ENVOYER À : allergologie@ch-mdm.fr

Patient

Nom :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H
Prénom :	E-mail :
Date de naissance :	Téléphone :

DEMANDE EXPLORATION* : Alimentaire Médicamenteuse Hyménoptère Désordre mastocytaire
 Introduction biothérapie Autre :

**pas d'eczéma de contact, pas d'allergo professionnelle*

IDENTIFICATION/CONTACT/SPECIALITE DU PRESCRIPTEUR :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES/BIOLOGIQUES OBLIGATOIRES - COURRIER JOINT

► Histoire clinique du patient

Anaphylaxie : Oui Non

Nécessité EFR : Oui Non

Marqueurs biologiques :

Tryptase basale [Histoire avec anaphylaxie, **nécessité** d'un dosage de tryptase basale] :

Tryptase aigue :

Bilans cutanés, et biologiques actualisé tous les ans (évolution nécessaire)

► ATCD atopique personnels et familiaux

► Antécédents du patient

► Traitement au long cours (Notamment bétabloquant, traitements à activité antihistaminiques)

CRITERE de BILAN en (SEMI)URGENCE : Oui Non

Justification :