

## DEMANDE D'ANALYSE IMMUNOCAP® ISAC

INSTITUT D'IMMUNOLOGIE  
POLE DE BIOLOGIE – PATHOLOGIE – GENETIQUE – MEDICALE  
CHRU DE LILLE

Boulevard du Professeur Leclercq  
59037 LILLE Cedex  
☎ 03.20.44.55.72 / 74 - Fax 03.20.44.69.54

### IDENTITE DU PATIENT

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .../.../....

Sexe (entourer) : F M

### ORGANISME DEMANDEUR

Laboratoire  Service clinique demandeur

Service demandeur : .....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : .....

### MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom et Prénom : .....

Tel : ..... Fax : ..... E-mail : .....

DATE DE PRELEVEMENT : .../.../....

### INDICATIONS

Bilan allergique alimentaire complexe

Choc anaphylactique inexpliqué

Asthme sévère mal contrôlé

Autre : .....

### PATIENT

Terrain atopique  oui

DA

asthme

Rhinite

non

Allergies connues  oui

Alimentaire : .....

Respiratoire : .....

Médicamenteuse : .....

non

Traitement en cours ou éviction : .....

### HISTOIRE CLINIQUE

Réaction  immédiate

retardée

Grade : .....

Allergène(s) suspecté(s) : .....

HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES : .....

### RESULTATS DES TESTS CUTANES :

.....  
.....  
.....  
.....

### RESULTAT DES DOSAGE DES IgE SPECIFIQUES :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....