

COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Demandeur \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopie \_\_\_\_\_  
 E mail \_\_\_\_\_

PATIENT

Nom \_\_\_\_\_  
 Nom d'épouse \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 Né(e) le \_\_\_\_\_  
 Sexe  F  M

SERVICE CLINIQUE

Nom du \_\_\_\_\_  
 Médecin \_\_\_\_\_  
 prescripteur \_\_\_\_\_  
 Date de l'examen \_\_\_\_\_  
 Votre référence \_\_\_\_\_  
 Service/Unité \_\_\_\_\_

PRELEVEMENT(S)

Date \_\_\_\_\_ et heure \_\_\_\_\_ de prélèvement.

Idéalement à 30 min et 2 heures qui suivent l'apparition des signes cliniques

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Circonstances cliniques de la prescription : **Réaction anaphylactoïde peranesthésique**

Moment d'apparition des signes cliniques : .....

Signes cliniques :

Grade	Peau-Muqueuses	Gastro-intestinal	Respiratoire	Cardio-Vasculaire
I	Erythème généralisé <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> œdème de la face <input type="checkbox"/> œdème des muqueuses <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>
II	Erythème généralisé <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> œdème de la face <input type="checkbox"/> œdème des muqueuses <input type="checkbox"/>	Nausées <input type="checkbox"/>	Toux <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/>	Tachycardie > 30 % <input type="checkbox"/> Hypotension (chute systolique > 30 %) <input type="checkbox"/> FC avant ... FC pendant ... PA avant ... PA pendant ...
III	Erythème généralisé <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> œdème de la face <input type="checkbox"/> œdème des muqueuses <input type="checkbox"/>	Vomissements <input type="checkbox"/> et/ou diarrhée <input type="checkbox"/>	Bronchospasme <input type="checkbox"/> Cyanose <input type="checkbox"/>	Choc <input type="checkbox"/>
IV	Erythème généralisé <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> œdème de la face <input type="checkbox"/> œdème des muqueuses <input type="checkbox"/>	Vomissements <input type="checkbox"/> et/ou diarrhée <input type="checkbox"/>	Arrêt respiratoire <input type="checkbox"/>	Arrêt circulatoire <input type="checkbox"/>

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Prévention du risque allergique peranesthésique :  
Recommandations pour la pratique clinique, 2001.

Copie du résultat de l'examen au Dr A. FACON Anesthésiste – Réanimateur, SAMU CHRU de Lille  OUI

Autre contexte : **Mastocytose.**

Forme systémique  Forme cutanée

Première demande ?  OUI  NON

**Biologistes** à contacter Dr M. Balduyck et Dr F. Zerimech au 03 20 44 61 54.