

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"/> oedème de la face <input type="checkbox"/> oedème 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"/> oedème de la face <input type="checkbox"/> oedème 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"/> oedème de la face <input type="checkbox"/> oedème 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"/> oedème de la face <input type="checkbox"/> oedème 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.