

DEMANDE D'ANALYSE PUCES MULTI-ALLERGENIQUES

INSTITUT D'IMMUNOLOGIE
 POLE DE BIOLOGIE – PATHOLOGIE – GENETIQUE – MEDICALE
 CHU 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 : 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

<input type="checkbox"/> ImmunoCAP® ISAC	<input type="checkbox"/> Asthme sévère mal contrôlé
	<input type="checkbox"/> Suivi (ATCD de puce ISAC)
	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> ALEX	<input type="checkbox"/> Choc anaphylactique inexpliqué
	<input type="checkbox"/> Bilan allergique alimentaire complexe

PATIENT

Terrain atopique oui non DA Asthme Rhinite ATCD familiaux

Allergies connues oui non

Alimentaire :

 Respiratoire :

 Médicamenteuse :

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 :

Pour tout renseignement : Dr Stéphanie Rogeau (TSI : 29041)