



DEMANDE EXPLORATION EN ALLERGOLOGIE

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE MÉDECIN TRAITANT

À ENVOYER À :

Date de la demande :

pour les patients : allergologie@ch-mdm.fr

pour les professionnels de santé : allergologie@ch-mdm.mssante.fr

Patient

Nom :

Sexe : ☐ F ☐ H

Prénom :

E-mail :

Date de naissance :

Téléphone :

DEMANDE EXPLORATION : ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuse ☐ Hyménoptère ☐ Désordre mastocytaire
☐ Introduction biothérapie ☐ Cutanée ☐ Chimiothérapie ☐ Autre :

IDENTIFICATION/CONTACT/SPECIALITE DU PRESCRIPTEUR :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES/BIOLOGIQUES OBLIGATOIRES - COURRIER JOINT

► Histoire clinique du patient

Marqueurs biologiques : Merci de **joindre** à votre demande, les bilans sanguins en lien avec la réaction.

► ATCD atopique personnels et familiaux

► Antécédents du patient

► Traitement au long cours (traitements à activité antihistaminiques)

CRITERE de BILAN en (SEMI)URGENCE : ☐ Oui ☐ Non

Justification :