



FICHE TEST D'ACTIVATION DES BASOPHILES AUX MEDICAMENTS

**PATIENT** (Etiquette patient)

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :

**DEMANDEUR**

Date: .... /..... /.....  
Service : .....  
Tel : .....(mail).....  
Médecin demandeur : .....

Le TAB n'est pas réalisable si le patient est sous corticoïdes au long cours

**INDICATION DU TAB (cocher l'indication)**

<input type="checkbox"/>	Discordance IgE/TC/Clinique	<input type="checkbox"/>	IgE/TC indisponibles/ininterprétables	<input type="checkbox"/>	TAB pré-challenge	<input type="checkbox"/>	Diagnostic différentiel
--------------------------	--------------------------------	--------------------------	--	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------------

**RECUEIL DES INFORMATIONS CLINIQUES**

Symptomatologie (entourer les signes observés)

Grade	Peau-muqueuses	Gastro-Intestinal	Respiratoire	Cardio-Vasculaire
<b>I</b>	Erythème localisé Urticaire Œdème de la face Œdème des muqueuses	AUCUN	AUCUN	AUCUN
<b>II</b>	Idem	Nausées	Toux Dyspnée	Tachycardie >30% Hypotension (chute systolique >30)
<b>III</b>	Idem	Vomissements et/ou Diarrhées	Bronchospasme Cyanose	Choc
<b>IV</b>	Idem	Idem	Arrêt respiratoire	Arrêt circulatoire

Autres signes subjectifs : Anxiété, Céphalées, Goût métallique, douleurs abdominales, perte de conscience

Délai d'apparition des symptômes :

Date de la réaction :

Médicament(s) suspecté(s) :

Antécédents allergiques :

**PARAMETRES D'INTERET**

Médicaments	Cinétique de tryptase T0, T1 et T2>24h	Tests cutanés	IgE spécifiques	Test de réintroduction
	Date :	Date :	Date :	Date :
	Date :	Date :	Date :	Date :
	Date :	Date :	Date :	Date :
	Date :	Date :	Date :	Date :

**COMMENTAIRE(S)**

**AVIS POUR REALISATION TAB**

Décision biologiste :  Oui  Non  En attente Nom du biologiste :