



**FICHE TEST D'ACTIVATION DES BASOPHILES AUX TROPHALLERGENES**

**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)**

Au diagnostic							
<input type="checkbox"/>	Discordance IgEs/TC/clinique	<input type="checkbox"/>	TC/IgEs indisponible ou ininterprétable	<input type="checkbox"/>	TAB pré-challenge	<input type="checkbox"/>	Diagnostic différentiel
Lors du suivi							
<input type="checkbox"/>	Suivi d'ITO	<input type="checkbox"/>	Suivi traitement (anti-IgE)	<input type="checkbox"/>	Suivi tolérance naturelle	<input type="checkbox"/>	Autre : .....

**RECUEIL DES INFORMATIONS CLINIQUES**

Histoire clinique :

Antécédents allergiques :

Trophallergènes testés en TAB :

Date de début ITO (en cas de suivi) :

**PARAMETRES D'INTERET**

Trophallergènes	Test cutanés	IgE spécifiques	TPO
	Date :	Date :	Date :
	Date :	Date :	Date :
	Date :	Date :	Date :

**COMMENTAIRE(S)**

**AVIS POUR REALISATION TAB**

Décision biologiste :  Oui  Non  En attente Nom du biologiste :