



FICHE TEST D'ACTIVATION DES BASOPHILES AUX VENINS D'HYMENOPTERE

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"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Précision de l'hyménoptère	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Diagnostic différentiel	<input type="checkbox"/>
Lors du suivi				
<input type="checkbox"/>	Suivi de désensibilisation	<input type="checkbox"/>	Suivi tolérance naturelle	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/>

RECUEIL DES INFORMATIONS CLINIQUES

Histoire clinique :

Antécédents allergiques :

Venins à tester en TAB :

Date de début de désensibilisation (en cas de suivi) :

PARAMETRES D'INTERET			
Venin	Test cutanés	IgE spécifiques	Nouvelle pique
	Date :	Date :	Date :
	Date :	Date :	Date :
	Date :	Date :	Date :

COMMENTAIRE(S)

AVIS POUR REALISATION TAB

Décision biologiste : Oui Non En attente Nom du biologiste :