

**Demande de prise en charge d'une  
d'allergie alimentaire (prouvée ou suspectée) :  
consultation ou HDJ**

Date de la demande : .....

Urgent    oui     Non

**Enfant**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

**Parents**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Médecin demandeur**

Pédiatre     Allergologue     Pneumologue     médecin généraliste     PMI

**Allergie alimentaire**

<p><b>Date et description des symptômes allergiques</b></p>	<p>urticaire, <input type="checkbox"/></p> <p>Angioedeme de la face <input type="checkbox"/></p> <p>Angioedeme de la langue <input type="checkbox"/></p> <p>Angioedeme de la luvette</p> <p>Angioedeme laryngé <input type="checkbox"/></p> <p>Signes respiratoires <input type="checkbox"/></p> <p>Troubles digestifs <input type="checkbox"/></p> <p>Détailler.....</p> <p>Retard de croissance <input type="checkbox"/></p> <p>Anaphylaxie <input type="checkbox"/></p> <p>Exploration d'un eczéma <input type="checkbox"/></p> <p>Recherche d'allergie croisée <input type="checkbox"/></p> <p>Demande de TPO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Aliment(s) suspecté(s) dose</b></p>	<p>Détailler.....</p> <p>Détailler.....</p>

<b>TCA (date, résultats) si déjà réalisés</b>	
<b>IgE spécifique (date /résultats) si déjà réalisés</b>	

**Rhinite allergique** oui  non  non connu

Si oui Perannuelle  saisonnière

**Asthme associé** oui  non  non connu

Sensibilisation pneumallergène : oui  non  non connu

**Eczéma atopique** : oui  non  non connu

**Tampon du médecin**