

Demande de prise en charge d'une D'Allergie Médicamenteuse Suspectée :

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 ☐

Date, chronologie et description des symptômes

Date de survenue	
1^{ère} prise ?	Oui ☐ non ☐
Médicament déjà pris sans réaction	Oui ☐ non ☐
Délais entre début administration et réaction (chiffrer)	
Durée de la réaction (chiffrer)	
Type de réaction	<u>Cutanée</u> Urticaire ☐ Prurit Palmo-Plantaire ☐ Desquamation au cours de l'évolution ☐ Exanthème maculo-papuleux ☐ Décollement cutanés ☐ Bulles ☐ Erythème pigmenté fixe (lésions arrondies avec séquelle pigmentée) ☐ <u>Digestive</u>

	Douleur abdominale ☐ Vomissements ☐ Diarrhée ☐ <u>Respiratoire</u> Toux ☐ Gêne respiratoire ☐ crise d'asthme ☐ <u>Anaphylaxie</u> ☐ Si oui Préciser <u>Ne sait pas</u> ☐ <u>Autres</u> ☐ Description
Médicament suspecté	
Contexte /motif de la prise médicamenteuse	Infection ☐ Effort ☐ Autres.....

Photo de la réaction

Tampon du médecin