

Demande de prise en charge d'une urticaire chronique

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

Age de début	
durée d'évolution	
Fréquence et Sévérité	Préciser :
Retentissement sur la qualité de vie	Oui ☐ non ☐
autres atteintes	<u>Asthme</u> ☐ sensibilisation pneumallergène Oui ☐ non ☐ Si oui préciser traitement de fond Oui ☐ non ☐ Si oui préciser <u>rhinite allergique</u> ☐ Si oui préciser allergène

	<u>Allergie alimentaire</u> ☐ Si oui préciser allergène <u>Angioedème (urticaire profond)</u> ☐ Si oui préciser <u>Atteinte digestive</u> ☐ Si oui préciser douleurs abdominales ☐ vomissements ☐ diarrhée ☐
Facteur déclenchant suspecté	
Traitement déjà tenté	
Traitement actuel	
Commentaires	

Tampon du médecin