

PATIENT

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Sexe : M / F Date de naissance :/...../.....

MEDECIN PRESCRIPTEUR

(Cachet, date et signature)

PRELEVEMENT :
1 grand tube EDTA



Prélevé par :

Date / heure :

Copie à

Réception

ANTIBIOTIQUES

- PÉNICILLINE G
- AUGMENTIN P500 (AMOXICILLINE)
- CLAMOXYL° (AMOXICILLINE)
- TAZOCIN (PIPÉRACILLINE)
- KEFZOL (CÉFAZOLINE)
- ZINACEF (CÉFUROXIME)
- BICLAR (CLARITHROMYCINE)
- DALACIN C° (CLINDAMYCINE)
- ERYTHROCINE° 1G (ERYTHROMYCINE)
- EUSAPRIM° (SULFAMETHOXAZOLE)
- CIPROXINE° (CIPROFLOXACINE)
- FLOXAPEN° 1G (FLUCLOXACILLINE)
- FLAGYL (METRONIDAZOLE)
- PENTREXYL (AMPICILLINE)
- BACTRIM (SULFAMETHOXAZOLE , TRIMETHOPRIME)

PRODUITS DE CONTRASTE

- IOMERON 350 (IOMEPROL)
- OPTIRAY 350 (IOVERSOL)

CURARES

- NIMBEX (CISATRACURIUM)
- TRACRIUM (ATRACURIUM)
- ESMERON (ROCURONIUM)
- CELOCURINE (SUXAMÉTHONIUM)
- MIVACRON (MIVACURIUM)

Etiquette labo

VENINS

- VENIN D'ABEILLE (APIS MELIFERA)
- VENIN DE GUÊPE (VESPULA SPP)

Autres :

MOTIF DE LA DEMANDE - DONNEES CLINIQUES

Motif :

Symptomatologie :

.....

Tests cutanés / IDR :

Dosage IgE spécifiques :

Autres informations :

.....

Je soussigné(e),

Certifie accepter de subir une recherche de sensibilisation allergique in-vitro pour les allergènes précités via un test d'activation des basophiles. J'accepte que le Laboratoire UniLab du CHU de Liège me facture l'analyse (non remboursée). Le prix s'élève à 100 euro pour le test d'un allergène, les allergènes supplémentaires sont facturés 25 euro.

Nom : Prénom :

Date :/...../.....

Signature :