

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

ANTIBIOTIQUES

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PÉNICILLINE G | <input type="checkbox"/> ERYTHROCINE° 1G (ERYTHROMYCINE) |
| <input type="checkbox"/> AUGMENTIN P500 (AMOXICILLINE) | <input type="checkbox"/> EUSAPRIM° (SULFAMETHOXAZOLE) |
| <input type="checkbox"/> CLAMOXYL° (AMOXICILLINE) | <input type="checkbox"/> CIPROXINE° (CIPROFLOXACINE) |
| <input type="checkbox"/> TAZOCIN (PIPÉRA CILLINE) | <input type="checkbox"/> FLOXAPEN° 1G (FLUCLOXACILLINE) |
| <input type="checkbox"/> KEFZOL (CÉFAZOLINE) | <input type="checkbox"/> FLAGYL (METRONIDAZOLE) |
| <input type="checkbox"/> ZINACEF (CÉFUROXIME) | <input type="checkbox"/> PENTREXYL (AMPICILLINE) |
| <input type="checkbox"/> BICLAR (CLARITHROMYCINE) | <input type="checkbox"/> BACTRIM (SULFAMETHOXAZOLE , TRIMETHOPRIME) |
| <input type="checkbox"/> DALACIN C° (CLINDAMYCINE) | |

PRODUITS DE CONTRASTE

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

CURARES

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

Réception

Etiquette labo

VENINS

- VENIN D'ABELLE
(APIS MELIFERA)
- VENIN DE GUÉEPE
(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 :