



Nom-Prénom :  
Date de naissance :  
Examen pratiqué par :

Le

<b>Êtes-vous allergique ?</b> A quoi ?	Oui	Non
<b>Avez-vous fait des bilans d'allergies</b> (dont dosage tryptase)	Oui	Non
<b>Avez-vous déjà pris un anti allergique</b> (Aerius® Desloratadine® Cétirizine® autres) ? Pourquoi ?	Oui	Non
<b>Signes digestifs</b>		
Avez-vous des épisodes		
De diarrhée (quelle fréquence)	Oui	Non
De nausées	Oui	Non
De douleurs abdominales	Oui	Non
Fréquentes (quelle fréquence)	Oui	Non
Intenses	Oui	Non
<b>Signes respiratoires</b>		
Avez-vous fait de l'asthme ou pseudo asthme	Oui	Non
Avez-vous des essoufflements	Oui	Non
Avez-vous de la rhinite ou sinusites fréquentes	Oui	Non
<b>Signes cardio-vasculaires</b>		
Avez-vous des palpitations, des sueurs,	Oui	Non
Avez-vous des hypotensions orthostatiques	Oui	Non
Avez-vous fait des malaises	Oui	Non
<b>Remarques Particulières :</b>		
Avez-vous de l'ostéoporose	Oui	Non
Avez-vous du brouillard mental, des troubles de la mémoire	Oui	Non
<b>Bilan</b>		
Manifestations cutanées	Oui	Non
Manifestations digestives	Oui	Non
Manifestations respiratoires et ORL	Oui	Non
Manifestations cardio-vasculaires	Oui	Non

Il peut être envisagé un diagnostic probable ou hautement probable lorsque plusieurs systèmes sont concernés (au moins deux)

### Diagnostic

**Négatif**

**Possible** (léger)

**Probable** (modéré)

**Hautement probable** (sévère) avec ou sans anaphylaxie