**DEMANDE DE CONSULTATION URGENTE POUR SUSPICION D’HYPERSENSIBILITE MEDICAMENTEUSE**

**Cette demande ne concerne pas les patients hospitalisés pour quels vous pouvez appeler le 49844**

**Envoyez par mail :** allergologie.ideconsultation@chru-strasbourg.fr

**Nom du médecin demandeur :**

**Numéro de téléphone du médecin demandeur**

**Nom Prénom du patient :**

**Date de naissance :**

**Coordonnées :**

**Justification de l’urgence de la de la demande de consultation :**

**Traitement actuel du patient :**

Date précise ou année de la réaction supposée allergique :

**Nom exact du traitement** suspecté être à l’origine d’allergie (**si plusieurs réactions remplir pour chaque médicaments suspecté une fiche différente**) : ….……………………………

Si des **photos** ont été prises merci de nous les envoyer ou de demander au patient de nous les apporter le jour de la consultation. **Apportez aussi le carnet de santé ou le dossier médical**

**Type de réaction que vous avez présenté :**

🞏 Eruptions cutanées précisez :……

🞏 Atteinte des muqueuse : 🞏oculaires 🞏 nasales 🞏buccales 🞏génitales

🞏 Troubles digestifs : 🞏 nausées, 🞏 vomissements, 🞏 diarrhées

🞏 Troubles respiratoires : 🞏 toux, 🞏 gêne respiratoire, 🞏 sifflements

🞏 Douleur articulaire

🞏 Conjonctivite 🞏 Rhinite

🞏 Sensation de malaise 🞏 Perte de connaissance

🞏 Fièvre 🞏 Fatigue importante

🞏 ne sais pas 🞏 Autres réactions à préciser : …….

**Délai de survenue :**

Combien de jours après le début du traitement les symptômes sont-ils apparus ? :

 🞏 Dès le 1er jour 🞏 après le 1er cp

 🞏 au 2ème jour

 🞏 au 3ème jour 🞏 ne sais pas

 🞏 Si autre, à préciser ……

**Temps écoulé entre la prise du médicament incriminé et le début de vos symptômes ?**

🞏 Moins d’une heure 🞏 plus de 4 heures 🞏 ne sais pas 🞏 autre, précisez :……

**Durée des manifestations cliniques :**

🞏 ne sais pas 🞏 Durée inférieure à 6h 🞏 48 heures

🞏 autre : 🞏 12 h (½ journée) 🞏 1 semaine

 🞏 24 h (1 journée) 🞏 2 semaines

Prise en charge de cette réaction supposée allergénique :

🞏 Arrêt du traitement incriminé uniquement

🞏 Traitement symptomatique administré :……

🞏 Hospitalisation, si oui apporter le compte rendu lors de la consultation.