**DEMANDE DE CONSULTATION URGENTE POUR SUSPICION D’HYPERSENSIBILITE AUX PRODUITS DE CONTRASTE IODES (PCI)**

**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 :**

**Le patient a-t-il développé une réaction supposée allergique lors de l’injection d’un PCI :**

**⬜ OUI ⬜ NON**

**Si oui  ⯎ Date :**

**⯎ PCI Concerné : ⬜ne sais pas**

**⬜ Réaction immédiate (dans l’heure après le PCI) :**

**⬜ Réaction non immédiate > 1h après injection du PCI, préciser le délai de survenue : ……..**

**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

**Type de réaction présenté par le patient (merci d’être précis):**

🞏 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 : …….

**Prise en charge de cette réaction supposée allergénique :**

🞏 Arrêt du traitement incriminé uniquement

🞏 Traitement symptomatique administré :……

🞏 Hospitalisation.

**Injection(s) de PCI  antérieure(s) à la réaction allergique supposée:**

**⯎ ne sais pas ⬜**

**⯎ si oui Date (s):**

**⯎ Nom du PCI injecté(s) :**

**⯎ Réaction adverse : ⬜ OUI ⬜ NON ⬜ ne sais pas**

**Si oui, préciser les symptômes :**

**Injection(s) de PCI postérieure(s) à la réaction allergique supposée:**

**⯎ Date (s) :**

**⯎ Nom du PCI injecté (s) :**

**⯎ Réaction adverse : ⬜ OUI ⬜ NON**

**Si oui, préciser les symptômes :**

**Traitement habituel du patient :**

**Antécédents médicaux et chirurgicaux notables :**