

MEDECIN PRESCRIPTEUR : Date de prescription : Signature :	PATIENT :
--	----------------------------------

Analyses réalisées uniquement sur rendez-vous

Contactez impérativement le 28 100 583 ou par e-mail allergologie@lns.etat.lu

Les tests sont réalisés uniquement si les renseignements cliniques sont complétés (page 2)

Date et heure du prélèvement: Le ___/___/___ À ___H___

Tests de transformation LYMPHOCYTAIRE (TTL – réactions retardées)

1. En 1^{ère} intention, tester uniquement le médicament incriminé en fonction de l'histoire clinique et des résultats des tests cutanés.
2. En 2^{ème} intention, panel antibiotique possible, si TTL positif pour l'antibiotique incriminé.

Antibiotiques		Antibiotiques		Analgésiques Antipyrétiques	
Pénicilline G	<input type="checkbox"/>	Doxycycline	<input type="checkbox"/>	Acide acétylsalicylique	<input type="checkbox"/>
Amoxicilline	<input type="checkbox"/>	Clarithromycine	<input type="checkbox"/>	Paracétamol	<input type="checkbox"/>
Céfazoline	<input type="checkbox"/>	Erythromycine	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Céfuroxime	<input type="checkbox"/>	Triméthoprim	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ceftriaxone	<input type="checkbox"/>	Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens		Autres	
Ceftazidime	<input type="checkbox"/>	Diclofenac	<input type="checkbox"/>	Allopurinol	<input type="checkbox"/>
Meropenem	<input type="checkbox"/>	Ibuprofène	<input type="checkbox"/>	Carbamazépine	<input type="checkbox"/>
Ciprofloxacine	<input type="checkbox"/>	Kétoprofène	<input type="checkbox"/>	Lamotrigine	<input type="checkbox"/>
Moxifloxacine	<input type="checkbox"/>	Piroxicam	<input type="checkbox"/>	Phénytoïne	<input type="checkbox"/>
Clindamycine	<input type="checkbox"/>	Naproxène	<input type="checkbox"/>	Sulfasalazine	<input type="checkbox"/>

Test d'activation des BASOPHILES (BAT – réactions immédiates) *maximum 3*

Antibiotiques		AINS		Curares		Opiacés		Analgésiques Antipyrétiques	
Amoxicilline	<input type="checkbox"/>	Diclofenac	<input type="checkbox"/>	Atracurium	<input type="checkbox"/>	Morphine	<input type="checkbox"/>	Acide acétylsalicylique	<input type="checkbox"/>
Céfazoline	<input type="checkbox"/>	Naproxène	<input type="checkbox"/>	Cisatracurium	<input type="checkbox"/>	Codéine	<input type="checkbox"/>	Paracétamol	<input type="checkbox"/>
Céfuroxime	<input type="checkbox"/>	Ibuprofène	<input type="checkbox"/>	Mivacurium	<input type="checkbox"/>	Pholcodine	<input type="checkbox"/>	Metamizole	<input type="checkbox"/>
Ceftriaxone	<input type="checkbox"/>	Etoricoxib	<input type="checkbox"/>	Rocuronium	<input type="checkbox"/>	Venins		Autres	
Ceftazidime	<input type="checkbox"/>	Parécoxib	<input type="checkbox"/>	Suxamethonium	<input type="checkbox"/>	Abeille (<i>Apis mellifera</i>)	<input type="checkbox"/>	Midazolam	<input type="checkbox"/>
Ciprofloxacine	<input type="checkbox"/>	Célécoxib	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Guêpe (<i>Vespula</i>)	<input type="checkbox"/>	Propofol	<input type="checkbox"/>
Moxifloxacine	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Tests de transformation lymphocytaire et tests d'activation des basophiles **NON CUMULABLES.**

→ Prélever Sang: 1 tube Héparine de sodium, sans gel

Tests de transformation LYMPHOCYTAIRE

Prélèvement au LNS entre 7h30 et 9h, ou au CHL à 7h, transporté au laboratoire à température ambiante.

Analyses réalisées sur sang total, ne pas centrifuger. **Joindre le médicament à tester sauf si présent sur le formulaire**

Tests d'activation des BASOPHILES

Prélèvement au LNS entre 7h30 et 9h, transporté au laboratoire à température ambiante.

Analyses réalisées sur sang total, ne pas centrifuger. **Joindre le médicament à tester**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (obligatoires)

Histoire clinique :

Date de la réaction :

Joindre les résultats des tests cutanés (prick-IDR et concentrations testées) et IgE (si disponible) :

Date des tests cutanés :

Pour les réactions MEDICAMENTEUSES :

Médicament(s) incriminé(s) :

Délais de réaction (entre la prise et la réaction) :

Date début de traitement :

Date de la dernière prise :

Médicaments associés :

Pour les réactions AUX VENINS D'HYMENOPTERES :

Insecte(s) suspecté(s) :