

<b>MEDECIN PRESCRIPTEUR :</b>      <b>Date de prescription :</b> <b>Signature :</b>	<b>PATIENT :</b>      
--	--

Analyses réalisées uniquement sur rendez-vous

Contacter impérativement le 28 100 583 ou par e-mail [allergologie@lns.etat.lu](mailto: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)

1. En 1<sup>ère</sup> intention, tester uniquement le médicament incriminé en fonction de l'histoire clinique et des tests cutanés.
2. En 2<sup>ème</sup> intention, panel antibiotique possible, si TTL positif pour l'antibiotique incriminé.

Antibiotiques		Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens		Autres	
Amoxicilline	<input type="checkbox"/>	Diclofenac	<input type="checkbox"/>	Allopurinol	<input type="checkbox"/>
Céfazoline	<input type="checkbox"/>	Ibuprofène	<input type="checkbox"/>	Carbamazepine	<input type="checkbox"/>
Céfuroxime	<input type="checkbox"/>	Kétoprofène	<input type="checkbox"/>	Lamotrigine	<input type="checkbox"/>
Ceftriaxone	<input type="checkbox"/>	Piroxicam	<input type="checkbox"/>	Phénytoïne	<input type="checkbox"/>
Ceftazidime	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sulfasalazine	<input type="checkbox"/>
Imipenem	<input type="checkbox"/>	<b>Analgsiques Antipyrétiques</b>			<input type="checkbox"/>
Ciprofloxacine	<input type="checkbox"/>	Acide acétylsalicylique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Moxifloxacine	<input type="checkbox"/>	Paracétamol	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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

Antibiotiques		AINS		Curares		Opiacés		Analgsiques 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"/>	<b>Venins</b>		<b>Autres</b>	
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.**

**Tests cellulaires – allergie médicamenteuse et venins d'hyménoptères**

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

**Tests de transformation LYMPHOCYTAIRE**

Prélèvement au LNS entre 7h30 et 9h, ou au CHL entre 7h30 et 8h, transporté au laboratoire à température ambiante.

Analyses réalisées sur sang total, ne pas centrifuger.

**Tests d'activation des BASOPHILES**

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

Analyses réalisées sur sang total, ne pas centrifuger. **Joindre le médicament ou extrait de venins 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) :