



www.chu-nancy.fr

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

SERVICE DE MÉDECINE INFANTILE ET GENETIQUE CLINIQUE

ALLERGOLOGIE PEDIATRIQUE

DEMANDE DE CONSULTATION D'ALLERGOLOGIE

Date de la demande :

Délai souhaité :

MEDECIN (ou SERVICE) DEMANDEUR

Nom :

Adresse ou service demandeur :

Téléphone : Mail :

PATIENT

Nom Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Consultation ALLERGOLOGIQUE antérieure oui avec le Docteur non

MOTIF

Eczéma : âge de début : Localisation : Sévérité :

Rhinite : âge de début : Fact. Déclenchants :

Asthme : âge de début : Fact. Déclenchants :

Urticaire : âge de début : Fact. Déclenchants :

Angio-oedème : âge de début : Fact. Déclenchants :

Troubles digestifs : âge de début : Symptômes :

Réaction allergique inexpliquée : Date..... Symptômes

Suspicion d'allergie alimentaire, respiratoire, médicamenteuse, hyménoptères :

- Allergènes suspectés :

- Symptômes présentés :

- Délai d'apparition des symptômes :

- Durée des symptômes :

Autres (âge de début et symptômes à détailler) :

TRAITEMENT (merci de préciser l'efficacité de chaque traitement coché : oui/non)

Emollient :

Dermocorticoïdes :

Antihistaminiques :

Corticostéroïdes inhalés :

Régime d'éviction :

Essai de réintroduction :

A faxer au 03 83 15 46 86 (5 46 86) ou à envoyer à allergopedia@chru-nancy.fr