



**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**