**RCP allergologie**

**CHU Reims**

Présentation du dossier : Date :

Médecin référent :…………………………………………………………….…...........................................

Patient : Nom : …………………………….. Prénom : ……………………….………............................

Date de naissance (âge) :

Histoire clinique: date de début :

*Symptômes*

Cutanés / Muqueux  Respiratoires / ORL  Digestifs  Anaphylaxie

*Etiologie*

Aliment  Médicament  Venin  Professionnel  Autre : …………………..

*Facteurs de risque*

Exposition  Mastocytose  Cardiopathie  Traitement : ……………………………..

*Résumé de l’histoire clinique :* .......................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................ .........................................................................................................................................................................

Traitement antérieur / actuel : ………………………………………………………………........................

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

Explorations :

Tests cutanés : date :

Prick tests   IDR (concentration)   Tests épicutanés

*Résultats:* …………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………....................................................................................

.......…………………………………………………………………………………………………………..

Dosages biologiques : date :

IgE spécifiques  Autre : ………………………

*Résultats :*………………………………………………………………………………................................

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

Test de provocation / réintroduction : date :

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

Epreuves fonctionnelles respiratoires: date :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

Autres:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

Question Posée :

Prise en charge diagnostique ? ……………………………………………………………………...…...

………………………………………………………………………………………………………………

Prise en charge thérapeutique ? ………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………

Autre(s) :………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….....................

**Conclusion et propositions de la RCP** :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………