

PATIENT

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Sexe : M / F Date de naissance :/...../.....

MEDECIN PRESCRIPTEUR

(Cachet, date et signature)

PRELEVEMENT :
1 grand tube EDTA



Prélevé par :

Date / heure :

Copie à

Réception

ANTIBIOTIQUES

- | | |
|-------------------------------|---|
| PÉNICILLINE G | ERYTHROCINE 1G (ERYTHROMYCINE) |
| AUGMENTIN P500 (AMOXICILLINE) | EUSAPRIM (SULFAMETHOXAZOLE) |
| CLAMOXYL (AMOXICILLINE) | CIPROXINE (CIPROFLOXACINE) |
| TAZOCIN (PIPÉRACILLINE) | FLOXAPEN 1G (FLUCLOXACILLINE) |
| KEFZOL (CÉFAZOLINE) | FLAGYL (METRONIDAZOLE) |
| ZINACEF (CÉFUROXIME) | PENTREXYL (AMPICILLINE) |
| BICLAR (CLARITHROMYCINE) | BACTRIM (SULFAMETHOXAZOLE ,
TRIMETHOPRIME) |
| DALACIN C (CLINDAMYCINE) | |

PRODUITS DE CONTRASTE

- IOMERON 350 (IOMEPROL)
- OPTIRAY 350 (IOVERSOL)

CURARES

- NIMBEX (CISATRACURIUM)
- TRACRIUM (ATRACURIUM)
- ESMERON (ROCURONIUM)
- CELOCURINE (SUXAMÉTHONIUM)
- MIVACRON (MIVACURIUM)

Etiquette labo

VENINS

- VENIN D'ABEILLE
(APIS MELIFERA)
- VENIN DE GUÉEPE
(VESPULA SPP)

Autres :

MOTIF DE LA DEMANDE - DONNEES CLINIQUES

Motif :

Symptomatologie :

.....

Tests cutanés / IDR :

Dosage IgE spécifiques :

Autres informations :

.....

Je soussigné(e),

Certifie accepter de subir une recherche de sensibilisation allergique in-vitro pour les allergènes précités via un test d'activation des basophiles. J'accepte que le Laboratoire UniLab du CHU de Liège me facture l'analyse (non remboursée). Le prix s'élève à 100 euro pour le test d'un allergène, les allergènes supplémentaires sont facturés 25 euro.

Nom : Prénom :

Date :/...../.....

Signature :