| GUSTAVE ROUSSY CANCER CAMPUS GRAND PARIS | Demande d`examens pour un choc anaphylactique | | | D-RP-ENR003 V10 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Rédacteur | Vérificateur | Approbateur | Date de Diffusion | 17/07/2023 |
| DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE MEDICALES | S.MILADI | C.CUVIER | L.LACROIX | Par | LAD |

| Identification du Patient. Etiquette | Service :.....; | Cadre réservé au Laboratoire |
|---|---|---|
| Nom:.....<br>Nom de naissance<br>Prénom :<br>NIP :<br><br>Date de naissance :<br>☐ M ☐ F | Médecin<br><br>Nom du préleveur :.....<br><br>Date de prélèvement :.....<br>Heure de prélèvement :..... | Nombre de spécimens :<br>Conformité à la demande<br>☐ OUI ☐ NON<br>Signature |

# N° correspondant CERBA : C01304

## Dossier de prise en charge initiale d'une manifestation allergique grave

**Prélèvements à effectuer en respectant impérativement les délais précisés**

☐ entre **10 minutes et 30 minutes** après le début des signes cliniques **:**

Prélèvement réalisé à ……..h……min
- → Histamine (1 Tube bouchon **MAUVE**)
- → Tryptase plasmatiques (1 Tube bouchon **JAUNE**)
- → IgE Spécifiques **(*)** (1 Tube bouchon **JAUNE**)
- → IgE Totales (1 Tube bouchon **JAUNE**) (Si allergènes non spécifiés)

☐ entre **1h30 et 3 heures** après le choc : Prélèvement à réaliser à ……..h……min
- → Histamine (1 Tube bouchon **MAUVE**)
- → Tryptase plasmatiques (1 Tube bouchon **JAUNE**)

**Adresser les échantillons dès le 1er recueil au laboratoire**

(*) Définir **obligatoirement** les allergènes suspectés

**Recherche IgE specifique:**

| | Allergène | Dose | | Allergène | Dose | | Allergène | Dose |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ACTH | | | Clamoxyl | | | Mivacurium | |
| | Ammonium quaternaire (SAQ) | | | Dafalgan | | | Penicilline G | |
| | Amoxycilline | | | Diprivan | | | Penicilline V | |
| | ampicilline | | | Erythromycine | | | Pholcodine | |
| | Aspirine | | | Gélatine | | | Propofol | |
| | Atracurium | | | Ibuprofène | | | Protamine | |
| | Cefaclor | | | Insuline bovine | | | Rocuronium | |
| | Cefamandol | | | Insuline humaine | | | Sulfamethoxazole (Bactrim) | |
| | Ceftriaxone | | | Insuline porcine | | | Suxaméthonium | |
| | Cefurxime | | | Kétoprofène | | | Vecuronium | |
| | Céphalosprine 1 ere génération | | | Lidocaïne | | | Autres: Précision ci-dessous | |
| | Cisatracrium | | | Macrolides | | | | |

Autres allergènes : ……

**Documenter le verso de la feuille de prescription** **…/…**

# Renseignements cliniques

**Date de survenue :…/…../…. Heure de survenue : …..h……min  Délai d'apparition : ……**

**Grade des manifestations allergiques** (1 à 4)
1- Signes cutanés isolés (érythème/urticaire)
2- Réaction systémique modérée (hypotension/tachycardie/hyperréactivité bronchique)
3- Réaction mettant la vie en danger (collapsus/bradycardie/troubles du rythme/bronchospasme)
4- Arrêt cardiaque ou respiratoire

**Circonstances d'apparition :**
Médicaments utilisés dans les 6 H (anesthésie / antibiotiques / chimiothérapie / latex)

- …….
- …….
- …….
- …….

**Réactions cliniques observées** :  Grade : ..…….....
……
……
……

**Traitement mis en œuvre** :  ……(Heure)

- Adrénaline : bolus ……..entretien ……...
- Autre vasopresseurs : ..……...
- Bronchodilatateurs : ……..……
- Solutés de Remplissage : ……
- Corticothérapie : ……
- Thérapeutique particulière (ex : glucagon si B-bloquant) ……...
- Autres :……