CHU BDX CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BORDEAUX	**Entité d'application : PBP- CHU -** **Emetteur :** PBP - P1A - IMM	EN_LAB_18_2952 Ind : 02
	DOCUMENT D'ENREGISTREMENT	Page : 1/1

FICHE TEST D'ACTIVATION DES BASOPHILES AUX VENINS D'HYMENOPTERE

PATIENT *(Etiquette patient)*

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

DEMANDEUR

Date: …. /….. /…..
Service : …….
Tel : ……(mail)…….
Médecin demandeur : …….

Le TAB n'est pas réalisable si le patient est sous corticoïdes au long cours

INDICATION DU TAB (cocher l'indication)

Au diagnostic							
☐	Discordance IgEs/TC/clinique	☐	TC/IgEs indisponible ou ininterprétable	☐	Précision de l'hyménoptère	☐	Diagnostic différentiel
Lors du suivi							
☐	Suivi de désensibilisation	☐	Suivi tolérance naturelle	☐	Autre : ……	☐	

RECUEIL DES INFORMATIONS CLINIQUES

Histoire clinique :

Antécédents allergiques :

Venins à tester en TAB :

Date de début de désensibilisation (en cas de suivi) :

PARAMETRES D'INTERET

Venin	Test cutanés	IgE spécifiques	Nouvelle piqure
	Date :	Date :	Date :
	Date :	Date :	Date :
	Date :	Date :	Date :

COMMENTAIRE(S)

AVIS POUR REALISATION TAB

Décision biologiste : ❒ Oui ❒ Non ❒ En attente Nom du biologiste :