

Ma préparation avant une consultation pour une allergie respiratoire

Nez, yeux, respiration et réactions buccales avec certains aliments

Remplissez ce que vous pouvez, à votre rythme. Notez les symptômes, les périodes et les situations qui vous gênent le plus.

1 MON RENDEZ-VOUS

Date de consultation (jour / mois / année) _____

Allergologue ou service (nom si connu) _____

Médecin qui vous adresse _____

Médecin traitant _____

2 QUI SUIS-JE

Nom: _____ Téléphone: _____

Prénom: _____ Mail: _____

Date de naissance: _____

3 MES SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

Nez

- ☐ Éternuements
- ☐ Nez qui coule
- ☐ Nez bouché
- ☐ Nez / palais qui gratte

Yeux

- ☐ Rouges / larmoyants
- ☐ Démangeaisons
- ☐ Paupières gonflées

Bronches

- ☐ Toux
- ☐ Sifflements
- ☐ Essoufflement
- ☐ Oppression thoracique

Retentissement:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Réveils nocturnes | ☐ Activités, sport, école ou travail limités | |
|--|---|--|

Depuis quand avez-vous ces symptômes? _____

Quand surviennent les symptômes? ☐ Toute l'année ☐ Certaines périodes

Périodes ou mois les plus gênants: _____

Facteurs déclenchants possibles:

- | | | |
|---|----------------------------------|--|
| ☐ Poussière / ménage | ☐ Animaux | ☐ Extérieur / pollens |
| ☐ Humidité / moisissures | ☐ Effort | ☐ Air froid |
| ☐ Autre | | |

Mes repères pour la consultation

4 RÉACTION DANS LA BOUCHE APRÈS CERTAINS ALIMENTS

Facultatif — si vous présentez des réactions avec certains aliments:

☐ Picotements / démangeaisons
bouche ou palais

☐ Aliment cru

☐ Aliment cuit

☐ Les deux

Aliment(s) concerné(s): _____

Tolérance améliorée après cuisson ? ☐ Oui ☐ Non

Gonflement lèvres, langue ou gorge / gêne pour avaler ? ☐ Oui ☐ Non

5 MON ENVIRONNEMENT

☐ Animal à la maison

☐ Animal dans la chambre

☐ Humidité / moisissures visibles

☐ Moquette / tapis dans la chambre

☐ Tabac / vapotage

Profession: _____

Symptômes liés au travail ? ☐ Oui ☐ Non

6 MES TRAITEMENTS ET BILANS

Traitements utilisés:

☐ Antihistaminique

☐ Spray nasal

☐ Collyre

☐ Traitement inhalé

Efficacité ressentie: _____

Désensibilisation: ☐ Jamais ☐ En cours ☐ Terminée

Tests allergologiques déjà réalisés? ☐ Oui ☐ Non

7 DOCUMENTS À APPORTER

☐ Ordonnances / traitements actuels

☐ Résultats de tests cutanés

☐ Résultats de prises de sang

☐ Courriers médicaux

☐ Anciens bilans allergologiques

☐ Autre document utile

Même incomplet, ce document est utile: il vous aide à préparer l'échange avec votre allergologue.