

Ma préparation avant ma consultation d'allergologie

Quelques informations pour aider votre allergologue à mieux comprendre votre situation

Remplissez ce que vous pouvez, à votre rythme. Si vous ne savez pas répondre à une question, laissez-la vide. Apportez ce document le jour du rendez-vous.

1 MON RENDEZ-VOUS

Date de consultation (jour / mois / année) _____

Allergologue ou service (nom si connu) _____

Médecin qui vous adresse _____

2 QUI SUIS-JE

Nom: _____

Téléphone: _____

Prénom: _____

Mail: _____

Date de naissance: _____

Age: _____

Médecin traitant (nom et ville si possible): _____

3 POURQUOI JE CONSULTE

Cochez le ou les motifs qui vous concernent

☐ Rhinite / yeux qui grattent

☐ Asthme / gêne respiratoire

☐ Allergie alimentaire

☐ Réaction médicamenteuse

☐ Réaction après une piqûre d'insecte

☐ Urticaire / gonflements

☐ Eczéma / problème cutané

☐ Autre

Mon motif principal en quelques mots:

Ma situation en quelques repères

4 MON HISTOIRE

Depuis quand ces symptômes existent-ils (année ou période approximative): _____

Quand surviennent-ils ☐ Toute l'année ☐ Certaines périodes

Si certaines périodes, lesquelles (saison, mois, jour ou nuit): _____

Facteurs déclenchants ou aggravants

- | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Pollens | ☐ Poussière ou acariens | ☐ Animaux | ☐ Aliments |
| ☐ Médicaments | ☐ Travail | ☐ Effort | ☐ Autre |

Évolution des symptômes (type, fréquence, délai et durée): _____

5 MES TRAITEMENTS

Antihistaminique ☐ Oui ☐ Non Nom si connu _____

Efficacité ressentie ☐ Bien ☐ Partiellement ☐ Pas efficace

Spray nasal ☐ Oui ☐ Non Nom si connu _____

Traitement respiratoire ☐ Oui ☐ Non Nom si connu _____

Autres traitements actuels (nom, dose et rythme si connus): _____

6 MA SANTÉ

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|
| ☐ Asthme | ☐ Eczéma | ☐ Urticaire chronique | ☐ Allergie médicamenteuse connue |
| ☐ Psoriasis | ☐ Maladie thyroïdienne | ☐ Allergie alimentaire connue | ☐ Allergie aux venins connue |

Autre antécédent, allergie ou précision utile: _____

7 MON ENVIRONNEMENT

Profession métier actuel ou ancien si pertinent: _____

Tabac / vapotage ☐ Oui ☐ Non Humidité / moisissures ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Animaux au domicile ☐ Oui ☐ Non Lesquels _____

Animaux dans la chambre ☐ Oui ☐ Non Lesquels _____

8 DOCUMENTS À APPORTER

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Ordonnances actuelles | ☐ Courriers médicaux | ☐ Anciens bilans allergologiques / tests déjà réalisés |
| ☐ Résultats biologiques | ☐ Comptes rendus d'examens | |
| ☐ Photos d'une réaction | ☐ Autre document utile | |

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