

Ma préparation avant une consultation pour une réaction après un aliment

Réaction alimentaire immédiate ou retardée

Remplissez ce que vous pouvez, à votre rythme. Si vous ne connaissez pas le nom exact de l'aliment ou de la préparation, notez simplement ce dont vous vous souvenez.

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 L'ALIMENT OU LES ALIMENTS SUSPECTS

Aliment(s) suspect(s): _____

Forme consommée:

☐ Cru / frais ☐ Cuit ☐ Transformé / préparé
☐ Dans un plat mélangé

Quantité consommée : ☐ Trace / contact ☐ Petite quantité ☐ Portion habituelle

Aviez-vous déjà consommé cet aliment auparavant ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Autres aliments ou aliments associés lors du repas:

Réactions avec d'autres aliments proches ou aliment mieux toléré cuit:

Ma réaction en quelques repères

4 MA RÉACTION

Délai après ingestion

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Quelques minutes | ☐ Moins d'une heure | ☐ Quelques heures |
| ☐ Le lendemain ou plus tard | ☐ Je ne sais pas | |

Symptômes observés:

Bouche et gorge

- ☐ Démangeaisons / picotements
- ☐ Lèvres / langue / gorge gonflées

Peau

- ☐ Urticaire / plaques
- ☐ Démangeaisons
- ☐ Visage gonflé

Respiration

- ☐ Toux / gêne respiratoire
- ☐ Sifflements
- ☐ Gorge serrée / voix modifiée

Autres

- ☐ Malaise / perte de connaissance
- ☐ Autre

Digestif

- ☐ Nausées / vomissements
- ☐ Douleurs abdominales
- ☐ Diarrhée

Durée de la réaction: _____

Décrire ce qui s'est passé (ordre d'apparition, évolution, durée):

5 CONTEXTE DE LA RÉACTION

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Effort physique autour du repas | ☐ Alcool | ☐ Médicament associé |
| ☐ Infection / fièvre | ☐ Autre contexte | |

6 PRISE EN CHARGE ET SITUATION ACTUELLE

Soins reçus:

- | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| ☐ Aucun soin | ☐ Médecin | ☐ Urgences | ☐ Hospitalisation |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|

Traitements reçus:

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Antihistaminique | ☐ Corticoïde | ☐ Adrénaline | ☐ Inhalateur | ☐ Autre |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|

Aliments actuellement évités: _____

Trousse d'urgence / adrénaline: ☐ Oui ☐ Non

7 DOCUMENTS À APPORTER

- | | |
|--|--|
| ☐ Résultats d'examens allergologiques | ☐ Prises de sang |
| ☐ Courriers médicaux | ☐ Photos de la réaction |
| ☐ Autre document utile | |

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