

Ma préparation avant une consultation pour une réaction à un médicament ou à un produit de contraste

Quelques informations pour aider votre allergologue à comprendre la réaction survenue

Remplissez ce que vous pouvez, à votre rythme. Si vous ne connaissez pas le nom exact du produit reçu, 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 _____

2 QUI SUIS-JE

Nom: _____ Téléphone: _____

Prénom: _____ Mail: _____

Date de naissance: _____

Médecin traitant: _____

3 LE MÉDICAMENT OU PRODUIT SUSPECT

Type de médicament, injection ou produit reçu

☐ Médicament

☐ Injection / perfusion

☐ Anesthésie

☐ Produit de contraste (scanner / IRM)

Nom exact si possible du médicament, de l'injection ou du produit reçu: _____

Date de début et durée du traitement: _____

Aviez-vous déjà pris ce médicament auparavant: ☐ Oui ☐ Non Date de prise antérieure: _____

Si oui: - Aviez-vous déjà fait une réaction à ce médicament: ☐ Oui ☐ Non

- De quel type: _____

Si le nom est inconnu, ce dont je me souviens: _____

Pourquoi avait-il été prescrit: _____

Autres médicaments ou produits reçus au même moment, date de prise et durée de ces traitements:

- _____
- _____
- _____
- _____

Ma réaction en quelques repères

4 MA RÉACTION

Date ou période (même approximative) _____

Durée de la réaction (en jours, heures ou minutes) _____

Depuis combien de jours aviez-vous commencé le traitement: _____

Délai entre la survenue des symptômes et la dernière administration du médicament, injection ou produit reçu:

- ☐ Quelques minutes ☐ Moins d'une heure ☐ Quelques heures
☐ Plusieurs jours Si oui, combien environ: _____ ☐ Je ne sais pas

Symptômes observés:

Peau:

- ☐ Urticaire / démangeaisons
☐ Rougeurs / boutons
☐ Gonflement visage / lèvres / langue
☐ Cloques / peau qui pèle

Poumons et coeur:

- ☐ Gêne respiratoire
☐ Sifflements
☐ Gorge serrée
☐ Douleur thoracique
☐ Palpitations, tachycardie

Autres:

- ☐ Malaise / perte de connaissance
☐ Vomissements / douleurs abdominales
☐ Fièvre ☐ Ganglions
☐ Atteinte des muqueuses ☐ Autre(s)

Décrire ce qui s'est passé: _____

5 PRISE EN CHARGE

- ☐ Aucun soin particulier ☐ Médecin ☐ Urgences ☐ Hospitalisation

Traitement(s) reçu(s):

- ☐ Antihistaminique ☐ Corticoïdes oraux ou injectables ☐ Adrénaline ☐ Dermocorticoïdes ☐ Bronchodilatateur (Ventoline)
☐ Autre(s): _____

Examens réalisés ou résultats connus (tryptase, tests allergologiques, biopsie...):

6 MON HISTOIRE MÉDICALE

Allergies connues:

- ☐ Médicamenteuses ☐ Alimentaires ☐ Venins ☐ Autres

Antécédents importants: _____

7 DOCUMENTS À APPORTER

- ☐ Ordonnance ou document mentionnant le produit suspect ☐ Compte rendu des urgences / hospitalisation
☐ Courriers médicaux ☐ Compte rendu d'imagerie ou d'anesthésie
☐ Résultats d'examens allergologiques ☐ Photos de la réaction
☐ Autre document utile

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