

Ma préparation avant une consultation pour une urticaire ou des gonflements

Plaques, démangeaisons, gonflements et facteurs

Remplissez ce que vous pouvez, à votre rythme. Notez comment apparaissent vos crises et ce qui semble les déclencher ou les aggraver.

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 CRISES D'URTICAIRE

Depuis quand avez-vous ces crises ? _____

À quelle fréquence surviennent-elles ?

- ☐ Tous les jours ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Par poussées
☐ Occasionnellement

À quoi ressemblent vos crises ?

- ☐ Plaques rouges en relief ☐ Démangeaisons ☐ Brûlure ou douleur

Une plaque reste au même endroit : ☐ Quelques heures ☐ Moins d'une journée ☐ Plus longtemps

Les plaques disparaissent-elles sans laisser de marque ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Décrire une crise habituelle : _____

Mes gonflements et les facteurs déclenchants

4 MES GONFLEMENTS

Avez-vous des gonflements ? ☐ Oui ☐ Non

Où apparaissent-ils ?

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| ☐ Lèvres | ☐ Paupières | ☐ Visage |
| ☐ Mains / pieds | ☐ Langue / gorge | |

Durée approximative : _____

Avez-vous déjà eu avec un gonflement :

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Difficulté à avaler | ☐ Difficulté à respirer | ☐ Voix modifiée |
|--|--|--|

Précisions : _____

5 CE QUI DÉCLENCHÉ OU AGGRAVE MES CRISES

Facteurs possibles :

- | | | |
|--|---------------------------------|---|
| ☐ Grattage / frottement | ☐ Froid | ☐ Chaleur / sueur / effort |
| ☐ Pression prolongée | ☐ Soleil | ☐ Eau |
| ☐ Autre | | |

Autres situations autour des crises :

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Infection récente | ☐ Stress important | ☐ Médicament récent |
| ☐ Variation hormonale | | |

Médicament ou situation qui semble déclencher les crises : _____

6 MES TRAITEMENTS ET BILANS

Antihistaminique essayé ☐ Oui ☐ Non

Corticoïdes reçus ☐ Oui ☐ Non

Examens / prises de sang ☐ Oui ☐ Non

Résultats disponibles ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'antihistaminique, si connu : _____

Efficacité ressentie : ☐ Pas efficace ☐ Partiellement ☐ Efficace

Autres traitements : _____

7 DOCUMENTS À APPORTER

- | | |
|--|--|
| ☐ Photos des plaques / gonflements | ☐ Ordonnances / traitements actuels |
| ☐ Dernières prises de sang | ☐ Courriers médicaux |
| ☐ Comptes rendus urgences / hospitalisation | ☐ Autre document utile |

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