



DT9308

DÉCLARATION D'UNE NOUVELLE RÉACTION D'ALLERGIE MÉDICAMENTEUSE

Cliquez sur les mots soulignés pour voir les directives.

| | | | | | |
|------------------------|--|-------|------------|------|---|
| Nom de l'utilisateur | | | | | |
| Prénom | | | | | |
| | | | | | |
| Numéro de dossier | | Année | | Mois | Jour |
| Date de naissance | | Année | Mois | Jour | Sexe |
| | | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| N° d'assurance maladie | | | Année | | Mois |
| | | | | | |
| | | | Expiration | | |

| MÉDICAMENTS SOUPÇONNÉS (Placer par ordre de probabilité) | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|------|------|--|------------------------------|----------------------------------|-------|------|------|--|
| Nom du médicament | | | Début du traitement | | | Fin du traitement | | | | | | |
| | | | Année | Mois | Jour | Année | Mois | Jour | | | | |
| N° 1 | | | | | | | | | | | | |
| N° 2 | | | | | | | | | | | | |
| N° 3 | | | | | | | | | | | | |
| Manifestations cliniques principales | | | | | | | | | | | | |
| Début | | | Année | Mois | Jour | Fin | | | Année | Mois | Jour | <input type="checkbox"/> En cours lors de la déclaration |
| Délai d'apparition de la manifestation suite à la prise du médicament (p. ex. : min, heure, jour) | | | | | | | | | | | | |
| Atteinte cutanée | | | Autres types d'atteintes | | | Renseignements complémentaires | | | | | | |
| (Cochez un ou plusieurs éléments) | | | (Cochez un ou plusieurs éléments) | | | (p. ex. : localisation des lésions, gravité, etc.) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Atteinte des muqueuses <input type="checkbox"/> Bulles/pustules <input type="checkbox"/> Desquamation <input type="checkbox"/> Éruption maculo-papuleuse <input type="checkbox"/> Œdème <input type="checkbox"/> Purpura palpable <input type="checkbox"/> Urticaire | | | <input type="checkbox"/> Digestive <input type="checkbox"/> Fièvre > 38 °C <input type="checkbox"/> Hématologique <input type="checkbox"/> Hépatique <input type="checkbox"/> Hypotension <input type="checkbox"/> Rénale <input type="checkbox"/> Respiratoire | | | | | | | | | |
| Manifestations cliniques disparues après l'arrêt d'utilisation du médicament | | | | | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Inconnu | | | | |
| Hospitalisation requise | | | | | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Inconnu | | | | |
| Si oui, spécifiez (p. ex. : urgence, soins intensifs) : | | | | | | | | | | | | |
| Traitement des manifestations cliniques | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Antihistaminique <input type="checkbox"/> Réponse au traitement : | | | <input type="checkbox"/> Corticostéroïde systémique <input type="checkbox"/> Corticostéroïde topique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, précisez : | | | <input type="checkbox"/> Épinéphrine <input type="checkbox"/> Autre : | | | | | | |
| Statut de l'allergie au moment de la déclaration | | | | | | Consultation en allergie demandée | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Allergie confirmée : <input type="checkbox"/> Allergie soupçonnée : | | | | | | <input type="checkbox"/> Oui | Date | Année | Mois | Jour | | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Non | | | | | | |
| Conclusions (Précisez la sévérité de la réaction allergique observée) | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Réaction immédiate (IgE-médiée ou de type I) Précisez la sévérité : | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Réaction retardée (de type II, III ou IV) Précisez la sévérité : | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ne sais pas | | | | | | | | | | | | |
| Signature | | | N° de permis | | | Date | Année | Mois | Jour | | | |