BILAN DE CHOC ANAPHYLACTIQUE
Per-opératoire

POLE BIOPATHOLOGIE- UF DE BIOCHIMIE (POSTE URGENT)
POINT ROUGE 3ème
: 29 596 Biochimie
Biologistes Responsables : Dr Benoit DELAMARE- 29 915

ETIQUETTE SERVICE	RESERVE LABORATOIRE	ETIQUETTE PATIENT

Préleveur :
Date de prélèvement :
Heure de prélèvement :
Heure de début des symptômes :

Prescripteur :
N° téléphone prescripteur :

Joindre impérativement la feuille d'anesthésie

Des renseignements clairs et précis sont indispensables pour la prise en charge des prélèvements

Prélèvements :

- Histamine plasmatique (3HIST) à **T30 min** : tube EDTA (bouchon violet) 5mL
- Tryptase sérique (3TRYP) à **T2 h, > T24 h** : tube sec (bouchon jaune) 4 mL
- IgE spécifiques sériques (cocher la case) : tube sec (bouchon jaune) 4 mL

Si utilisation de curares et / ou morphinique
- IgE Pholcodine (c261)
- IgE Suxamethonium / Succinylcholine (c202)
- IgE Ammonium quaternaire (c260)

Si utilisation de βlactamines
- IgE amoxicillyol / amoxicilline (c6)
- IgE ampicillyol / ampicilline (c5)
- IgE cefaclor (c7)

Si utilisation de la Chlorexidine (⚠ allergène caché dans les tubulures, CI, SU)
- IgE Chlorexidine (c8)

IgE Latex (k82) si suspicion

Transmettre les prélèvements immédiatement au laboratoire (service de Biochimie).

Attention : Dans l'attente d'une consultation d'allergologie, une carte provisoire de réaction allergique grave devra être fournie au patient

Fiche NAVETTE ALLERGOLOGIE

Cette demande est transmise au secrétariat de demande de consultation d'allergologie avec la feuille d'anesthésie du bloc que vous avez fournie en photocopie.

ETIQUETTE SERVICE	ETIQUETTE PATIENT

Médecin Anesthésiste Réanimateur : **……**

Merci de remplir les informations ci-dessous afin de prendre en charge dans de meilleurs délais vos patients.

Date de la réaction : ……/……/…….

Heure de la réaction : …….

Symptômes :……
……
……

Traitements de la réaction :
……
……

- Molécule suspectée : ……
- Latex utilisé : OUI / NON
- ANTISEPTIQUES : CHLOREHEXIDINE / BETADINE / autre :……
- Produit de contraste ou colorant : OUI / NON
  - Si oui, lequel : …….
- Prémédication : ……

- Intervention future souhaitée dans un délai :
  - urgent
  - 6-9 mois
  - non urgent

Entourez la mention intéressée.