

veuillez laisser ce champ vide

Exp. N°: .....

Réception: .....

## Test d'activation des basophiles (BAT)

### allergie médicamenteuse

#### anti-CCR3/anti-CD63 et CD203c

\* **Prescripteur/médecin:** (incl. adresse)

timbre

E-Mail:

\* **Information Patient:** (incl. adresse)

étiquette

\* **Matériel biologique nécessaire:**

sang EDTA (> 4ml) + sérum (> 0.5ml, centrifugé)

**prise de sang:**

Date:

Temps:

\* **Anamnèse:**

anaphylaxie

urticaire

angioedème

autres symptômes:

**Date de la réaction:**

\* **Des substances pures:**

**Bêta-lactames**

Penicillin G

Tazobactam

Méropénem

Amoxicilline

Acide clavulanique

*test cutané*

pos  neg

pos  neg

pos  neg

pos  neg

pos  neg

**Myorelaxant**

Rocuronium

Suxaméthonium

Mivacurium

Atracurium

*test cutané*

pos  neg

pos  neg

pos  neg

pos  neg

**Fluoroquinolones**

Ciprofloxacine

Moxifloxacine

Lévofloxacine

*test cutané*

pos  neg

pos  neg

pos  neg

**Céphalosporines**

Céfuroxime

Ceftriaxone

Cefaclor

Céfazoline

Céfadroxil

pos  neg

pos  neg

pos  neg

pos  neg

pos  neg

**IPP**

Lansoprazole

Ésoméprazole

Pantoprazole

Oméprazole

pos  neg

pos  neg

pos  neg

pos  neg

**Autres substances**

Carboxyméthylcellulose

Métamizol

Chlorhexidine

Néomycine

Dotarem

pos  neg

pos  neg

pos  neg

pos  neg

pos  neg

\* **Facture:**

au patient

au médecin/prescripteur

**Condition d'expédition:**

- temps de transport: maximum 20h (par exemple: Swiss-Express "Lune" ou courrier de laboratoire)

- condition: température ambiante

**IMPORTANT: réservation préalable par téléphone (031 371 86 40)!**