

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

**Myorelaxants**

- 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  
 Ibuprofène  
 Chlorhexidine  
 Néomycine  
 Dotarem  
 Triméthoprime/  
Sulfaméthoxazole

- pos  neg  
 pos  neg  
 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)!**