

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)!