

veuillez laisser ce champ vide

Exp. N°: .....

Réception: .....

## TEST DE TRANSFORMATION LYMPHOCYTAIRE (TTL) allergie médicamenteuse

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

timbre

E-Mail:

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

étiquette

\* **Substances à tester (au maximum trois substances possibles)**

Substance:

1<sup>ère</sup> priorité:

2<sup>ème</sup> priorité:

3<sup>ème</sup> priorité:

Test cutané:

pos.

neg.

non effectué

pos.

neg.

non effectué

pos.

neg.

non effectué

**INDICATION:** 1 Substance: l'essai est effectué dans deux milieux de culture: **AB-sérum** et **plasma autologue**  
2-3 Substances: l'essai est effectué dans **un seul milieu de culture**

Lors d'une allergie médicamenteuse sévère (DRESS, SJS/TEN), un essai avec **plus de trois substances** ou un essai dans **deux milieux de culture** (AB-sérum et plasma autologue) sont possibles. (**facturation séparée**)

**Matériel biologique nécessaire:**

Minimum: 40-50ml sang héparine (10 IU/ml).

Prise de sang:

Date:

Temps:

\* **Date de la réaction:**

éosinophilie:

G/l

\* **Anamnèse:**

Exanthème: maculopapulaire, maculaire, urticaire

Dermatite de contact

Vasculite

DRESS: Drug Rash with Eosinophilia & Systemic Symptoms

Érythème pigmenté fixe

Prothèse, métaux

AGEP: Acute generalized exanthematous pustulosis

Hépatite, néphrite, pancréatite

SJS/TEN: Syndrome de Stevens Johnson/ nécrolyse épidermique toxique

Autres symptômes

\* **Facture:**

au patient

au médecin/prescripteur

**Condition d'expédition:** - temps de transport maximum de 20h (par exemple: Swiss-Express "Lune" ou courrier de laboratoire)

- condition: température ambiante

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