

veuillez laisser ce champ vide

Exp. N°:

Réception:

CYTOKINE - TEST DE TRANSFORMATION LYMPHOCYTAIRE (CYTO - TTL)

allergie médicamenteuse

* Prescripteur/médecin: (incl. adresse)

timbre

E-Mail:

* Information patient: (incl. adresse)

étiquette

* Substances à tester (au maximum trois substances possibles)

Substance:

Test cutané:

1^{ère} priorité:

pos.

neg.

non effectué

2^{ème} priorité:

pos.

neg.

non effectué

3^{ème} priorité:

pos.

neg.

non effectué

Précision: Avec une prise de sang, 2 à 3 substances pures peuvent être testées. Lorsqu'une seule substance est prescrite, nous proposons de tester une substance alternative et ceci sans occasionner de frais supplémentaires. Une liste complète de nos substances pures peut être consultée sur notre site internet (www.adr-ac.ch).

Matériel biologique nécessaire:

Minimum: 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)!