

Veillez coller ici le code-barres de la demande

Formulaire de demande de test

Informations sur l'animal et son propriétaire :

Nom du propriétaire : _____

Nom de l'animal : _____

Race : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Date du prélèvement du sérum : ____ / ____ / ____

Date d'apparition du prurit : _____

Coordonnées de la clinique :

Vétérinaire : _____

Clinique vétérinaire : _____

Adresse de la clinique : _____

Code postal et ville : _____

Pays : _____

Téléphone : _____

Email : _____



1. Sélectionnez l'espèce animale :




2. Sélectionnez votre test:

PAX SCREENING

- Aéro-allergènes
- Trophallergènes
- Aéro-allergènes + Trophallergènes

! SCREENING Ce test indique un résultat global positif ou négatif

Exemple de SCREENING

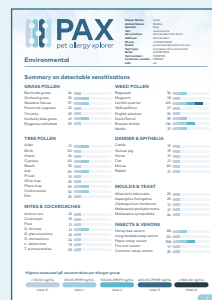


PAX COMPLETE

- Aéro-allergènes
- Trophallergènes
- Aéro-allergènes + Trophallergènes

! COMPLETE Ce test révèle le résultat individuel pour chaque allergène testé

Exemple COMPLETE



Volume de sérum requis : 0,5ml

Veillez tourner la page pour renseigner les informations sur les antécédents cliniques. Ces informations sont très utiles pour que notre équipe puisse conseiller une composition d'immunothérapie pertinente.



Antécédents cliniques :

Avec lequel ou lesquels des éléments suivants le patient est-il affecté ? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prurit (démangeaisons) | <input type="checkbox"/> Symptômes respiratoires | <input type="checkbox"/> Anaphylaxie |
| <input type="checkbox"/> Lésions cutanées | <input type="checkbox"/> Symptômes oculaires | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Symptômes gastro-intestinaux | _____ |

Quand les symptômes sont-ils les plus évidents ? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Printemps | <input type="checkbox"/> Automne | <input type="checkbox"/> Toute l'année |
| <input type="checkbox"/> Été | <input type="checkbox"/> Hiver | |

Où les symptômes sont-ils les plus évidents ?

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Intérieur | <input type="checkbox"/> Extérieur | <input type="checkbox"/> Pas de différence |
|------------------------------------|------------------------------------|--|

Y a-t-il eu un diagnostic clinique d'allergie à ce qui suit ? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Aliment(s) : Oui Non

Précisez lequel ou lesquels si vous les connaissez : _____

A quelle vitesse les symptômes rechutent-ils après une provocation alimentaire :

- < 3 heures ; 3-12 heures ; 12-24 heures ; 24-48 h ; > 48 h

Piqûres d'hyménoptères : Oui Non

Précisez lequel (s) si vous le (s) connaissez : _____

Autre(s) : Oui Non

Précisez lequel (s) si vous le (s) connaissez : _____

Combien de temps s'est écoulé depuis le début de la poussée actuelle (récurrence) de symptômes ?

- Moins d'une semaine Plus d'une semaine

Depuis combien de temps les symptômes cliniques n'ont-ils pas été actifs ?

- Les symptômes sont toujours présents à l'heure actuelle Moins d'un mois Plus d'un mois

Autre information pertinente (par exemple, d'autres déclencheurs connus de symptômes d'allergie) ?