



ORDONNANCES MÉDICALES EXTERNES

Aucune allergie connue : []
Allergies : _____
Intolérances : _____

Poids (kg)	Taille (cm)	Surface corporelle (m ²)
------------	-------------	--------------------------------------

Feuille d'ordonnance pré-rédigée EXTERNE COLLECTIVE
FOPREC – 1509 – Cliniques externes d'asthme et de pneumologie – Tests d'allergie (1 de 1)

Cette feuille d'ordonnance pré-rédigée réfère à une ordonnance collective approuvée au CHU Sainte-Justine (O.C. 126)
L'ordonnance collective peut être consultée au : <http://www.chusj.org/oc>

N.B. La présence de carrés(☐) indique un choix à cocher obligatoirement lorsqu'applicable. Veuillez cocher et inscrire la dose pour valider le choix. La ou les ordonnances non choisies sont raturées par le médecin prescripteur afin de confirmer leur non validité (donc non servies au patient).

TESTS CUTANÉS D'ALLERGIE

- Si symptômes perannuels :
 - Plumes
 - Acariens (Df et Dp)
 - Coquerelles
 - Moisissures mélangées
 - Si symptômes perannuels et exposition à des animaux (maison, famille, amis, garderie):
 - Chat
 - Chien
 - Autres animaux domestiques : _____
 - Si suspicion de contamination fongique intérieure :
 - Moisissures mélangées
 - Aspergillus
 - Penicillium
 - Alternaria
 - Cladosporium
 - Si suspicion d'allergie saisonnière :
 - Arbres (printemps, ≥ 2 ans)
 - Graminées (été, ≥ 4 ans)
 - Armoise (août, ≥ 4 ans)
 - Herbe à poux (août-octobre, ≥ 4 ans)
- Cladosporium, Alternaria (mars-avril, octobre-novembre, ≥ 6 ans)

Renouvellements :										1	2	3	4	5	6	11	NR
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---	----	----

Prescripteur <small>(nom en lettres moulées)</small>			Signature et numéro de permis				Date	
---	--	--	-------------------------------	--	--	--	------	--

Autres informations

Transmission confidentielle par télécopieur (Norme 2008.01 OPG)

Avis de confidentialité: Ce document contient des informations confidentielles. Son contenu doit être protégé. Si vous l'avez reçu par erreur, veuillez en informer l'expéditeur.
Certification du prescripteur: Je certifie que ce document est une ordonnance originale, le pharmacien identifié est le seul destinataire, l'original N'EST PAS UTILISÉ, il est conservé au dossier-patient du CHU Sainte-Justine.

Expéditeur - Nom : _____ No. Télécopieur : _____ No. Téléphone : _____
 Télécopié au pharmacien (Nom) : _____ No. télécopieur : _____ Date : _____





ANNEXE

Associée à la **FOPREC – 1509 – Cliniques externes d'asthme et de pneumologie – Test d'allergie**

Conserver cette feuille au dossier patient – Ne pas télécopier à la pharmacie

Critères à respecter pour initier des tests d'allergie chez les patients suivis pour asthme avec une suspicion clinique d'allergie

INDICATIONS

Patient âgé de 1 an ou plus présentant un diagnostic d'asthme ou de bronchospasme suivi à la clinique d'asthme du service de pédiatrie ou à la clinique de pneumologie

ET

Au moins un des éléments suivants :

- Présence dans l'histoire de l'enfant de un ou de plusieurs symptômes suivants associé à une exposition à des aéroallergènes :
 - o Toux, sifflement, ou respiration sifflante
 - o Démangeaisons, éternuements, congestion nasale, ou écoulement nasal antérieur ou postérieur
 - o Démangeaison, larmolement ou rougeur oculaire
 - o Démangeaison ou rougeur cutanée lors d'un contact direct
- Présence d'un ou de plusieurs symptômes suivants à l'évaluation de l'examen physique :
 - o Cornets nasaux inférieurs œdématisés pâles, pli nasal (salut allergique) ou congestion avec sécrétions nasales claires en absence d'infection des voies respiratoires
 - o Hyperplasie lymphoïdienne rétropharyngée (cobblestoning)
 - o Érythème et larmolement en absence d'infection oculaire ou respiratoire
- Présence d'un des deux résultats de laboratoire suivants :
 - o Décompte éosinophiles augmenté
 - o Résultats IgE augmentés

CONTRE-INDICATIONS

- Patient âgé de moins de un an
- Tests d'allergie réalisés au cours de la dernière année
- Prise de corticostéroïdes oraux ou topiques, antihistaminiques, benzodiazépines, ou antidépresseurs tricycliques dans les 7 jours précédant le test
- Prise d'omalizumab dans les 4 semaines précédant le test
- Eczéma ou urticaire extensif
- Dermographisme cutané
- Histoire antérieure d'anaphylaxie
- Crise d'asthme (VEMS < 60% de la valeur prédite)

Les FOPR sont disponibles sur INTRANET pharmacie.

Si ce formulaire est télécopié : ORIGINAL/BLANC – Dossier CHU Sainte-Justine

Si ce formulaire n'est pas télécopié : ORIGINAL/BLANC – Pharmacien d'officine (remis au patient) – COPIE/ROSE – Dossier CHU Sainte-Justine

FOPREC-1509

GRM : 30009245

Clientèle : **Pneumologie**

Médecin responsable : Francine Ducharme

Pharmacien responsable : Pascal Bédard

Date/heure : 20161118-1330

