

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

TESTS CUTANÉS ALIMENTAIRES IMMUNO-ALLERGIE

Date : _____ aaaa/mm/jj

Induration / Érythème

1. Saumon	☐	
2. Truite	☐	
3. Flétan	☐	
4. Thon	☐	
5. Crabe	☐	
6. Crevette	☐	
7. Homard	☐	
8. Huître	☐	
9. Moule	☐	
10. Palourde	☐	
11. Pétoncle	☐	
12. Pignon de pin	☐	
13. Sésame	☐	
14. Tournesol	☐	
15. Noix d'acajou	☐	
16. Pistache	☐	
17. Noix du Brésil	☐	
18. Noix de Grenoble	☐	
19. Pacane	☐	
20. Amande	☐	
21. Noisette	☐	

Induration / Érythème

22. Lait de vache	☐	
23. Lait de chèvre	☐	
24. Poulet	☐	
25. Bœuf	☐	
26. Porc	☐	
27. Soya	☐	
28. Arachide	☐	
29. Œuf	☐	
30. Blé	☐	
31. Seigle	☐	
32. Avoine	☐	
33. Pêche	☐	
34. Moutarde	☐	
35. Contrôle	☒	
36. Histamine	☒	
37.	☐	
38.	☐	
39.	☐	
40.	☐	
41.	☐	
42.	☐	

Interprétation

Signature du médecin : _____ # permis : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj