

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
 aaaa-mm-jj  
 NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
 aaaa-mm  
 Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## TESTS CUTANÉS RESPIRATOIRES IMMUNO-ALLERGIE

Date : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj

| Induration / Érythème |                          |  | Induration / Érythème     |                                     |  |
|-----------------------|--------------------------|--|---------------------------|-------------------------------------|--|
| 1. Acariens D.F.      | <input type="checkbox"/> |  | 16. Mélange moisissures   | <input type="checkbox"/>            |  |
| 2. Acarien D.P.       | <input type="checkbox"/> |  | 17. Alternaria tenuis     | <input type="checkbox"/>            |  |
| 3. Chat               | <input type="checkbox"/> |  | 18. Aspergillus fumigatus | <input type="checkbox"/>            |  |
| 4. Chien              | <input type="checkbox"/> |  | 19. Penicillium notatum   | <input type="checkbox"/>            |  |
| 5. Plume              | <input type="checkbox"/> |  | 20. Cladosporidium        | <input type="checkbox"/>            |  |
| 6. Cheval             | <input type="checkbox"/> |  | 21. Blatte                | <input type="checkbox"/>            |  |
| 7. Arbres             | <input type="checkbox"/> |  | 22. Contrôle              | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| 8. Bouleau            | <input type="checkbox"/> |  | 23. Histamine             | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| 9. Érable             | <input type="checkbox"/> |  | 24.                       | <input type="checkbox"/>            |  |
| 10. Chêne             | <input type="checkbox"/> |  | 25.                       | <input type="checkbox"/>            |  |
| 11. Graminées         | <input type="checkbox"/> |  | 26.                       | <input type="checkbox"/>            |  |
| 12. Phléole des près  | <input type="checkbox"/> |  | 27.                       | <input type="checkbox"/>            |  |
| 13. Herbe à poux      | <input type="checkbox"/> |  | 28.                       | <input type="checkbox"/>            |  |
| 14. Armoise           | <input type="checkbox"/> |  | 29.                       | <input type="checkbox"/>            |  |
| 15. Mauvaises herbes  | <input type="checkbox"/> |  | 30.                       | <input type="checkbox"/>            |  |

### Interprétation

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ # permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj