

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

**PROVOCATION ORALE ALIMENTAIRE
SERVICE D'IMMUNO-ALLERGIE**

Date : _____ aaaa/mm/jj

Nom de l'aliment : _____ Prise bêtabloquant ☐ Oui ☐ Non

Portion totale à recevoir : _____ Prise antihistaminique ☐ Oui ☐ Non

Heure : _____ hh:mmj TA : _____ mmHg Pouls : _____ /min FR : _____ /min Sat. : _____ % Poids : _____ kg

Heure	Portion	Initiales	Réactions	Tests cutanés	
				Nom	Résultat
hh:mm	Portion 1			Histamine	
				Diluant	
hh:mm	Portion 2				
hh:mm	Portion 3				
hh:mm	Portion 4				
hh:mm	Portion 5				
Quantité totale reçue					

Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales

Note médicale

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