



**Service de Médecine**

**Clinique**  
**d'Immuno-Allergologie**

Chef de la Clinique

**Prof. O. Michel**, Agrégé ULB  
Professeur ordinaire  
Asthmes et allergies

Chef de clinique

**Prof. V. Badot**, Agrégée ULB  
Maladies auto-immunes

Chef de Clinique adjoint

**Dr V. Doyen**  
Asthmes et allergies alimentaires

Résidents

**Dr G. Dupire**  
Allergies cutanées et médicamenteuses

**Dr Y. Mostmans**  
Allergies cutanées

**Dr E. Vaia**  
Asthmes et allergies médicamenteuses

Collaborateurs

**Dr E. Dragan**  
Maladies auto-immunes

**Dr H. Kabtouri**  
**Dr M. Khamaktchian**  
Allergies ORL

**Dr M. Mairesse**  
**Dr J. Thimpont**  
Asthmes et allergies venins

**Prof. A. Peretz**, Agrégée ULB  
Chargée de cours ULB  
Maladies auto-immunes

Prise de rendez-vous

(consultations et fonction pulmonaire)  
Tél : 02/477.22.72  
[Dermatologie.Immunologie@chu-brugmann.be](mailto:Dermatologie.Immunologie@chu-brugmann.be)

Secrétariat scientifique

(ne donne pas de rendez-vous):  
Tél : 02/477.22.94  
Fax : 02/477.22.76  
[secretariat-immunoallergologie@chu-brugmann.be](mailto:secretariat-immunoallergologie@chu-brugmann.be)

ULB - VUB  
Association Hospitalière de Bruxelles et de Schaerbeek  
Association de droit public régie par la loi du 8 juillet 1976

Site HORTA  
Place A. Van Gehuchten 4 - 1020 Bruxelles

Site BRIEN  
Rue du Foyer Schaerbeekois 36 - 1030 Bruxelles

Site ASTRID  
Rue Bruyn 1 - 1120 Bruxelles

Siège de l'association : Site Horta  
Tel : 02 477 21 11  
[www.chu-brugmann.be](http://www.chu-brugmann.be)  
Dexia : 091-0097238-73

Bruxelles, le

Madame, Monsieur,

Vous avez sollicité une consultation en allergie médicamenteuse qui est fixée :

le..... à.....

à la Clinique d'Immuno-Allergologie: CHU Brugmann site Horta,  
4, place A. Van Gehuchten - Polyclinique (bâtiment Y) - Route 130,

Nous vous demandons d'apporter :

**1. La liste des médicaments pris habituellement**

**2. Le ou les médicaments (ou leur nom précis) qui sont suspects d'être à l'origine de l'allergie.** Si vous avez un doute, vous pouvez être aidé par votre médecin traitant.

**3. Les éventuelles photos** des réactions cutanées déclenchées par le/les médicaments suspects.

**4. La fiche ci jointe** complétée. Si vous avez un doute, vous pouvez être aidé par votre médecin traitant ou par le médecin hospitalier qui vous a pris en charge.

**5. Une lettre de votre médecin** incluant les informations suivantes :

- **le rapport du service des Urgences** .

- **en cas d'allergie à un produit iodé** utilisé en radiologie: le compte-rendu de radiologie, de coronarographie ou d'artériographie, avec le nom précis du produit de contraste injecté.

- **les fiches détaillées d'anesthésie établies par le médecin anesthésiste**  
en cas d'allergie pendant une anesthésie générale

Nous vous remercions de vous présenter à la consultation avec l'ensemble de ces éléments.



Clinique  
d'Immuno-Allergologie

Demande de consultation pour suspicion  
d'hypersensibilité médicamenteuse

Nom du médecin demandeur :

Numéro de téléphone du médecin demandeur:

Nom Prénom du patient :

Date de naissance :

Coordonnées :

Téléphone :

Traitement actuel :

Date / année de la réaction supposée allergique :

Nom exact du traitement suspecté être à l'origine d'allergie

**(si plusieurs réactions : fiche différente pour chaque médicament suspecté) :**

Type de réaction présentée :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eruption cutanée                                     | <input type="checkbox"/> gonflement du visage ou de la gorge          |
| <input type="checkbox"/> Nausées, vomissements, diarrhées                     |   |
| <input type="checkbox"/> Toux, gêne respiratoire, sifflements                 |   |
| <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires                                |   |
| <input type="checkbox"/> Conjonctivite  | <input type="checkbox"/> Eternuements, obstruction nasale, rhinorrhée |
| <input type="checkbox"/> Sensation de malaise                                 | <input type="checkbox"/> Perte de connaissance                        |
| <input type="checkbox"/> Fièvre   | <input type="checkbox"/> Fatigue importante                           |
| <input type="checkbox"/> Résolution avec desquamation et/ou hyperpigmentation |   |
| <input type="checkbox"/> Autres réactions à préciser : .....                  |   |
| <input type="checkbox"/> Ne sait pas  |   |

Combien du temps **après le début du traitement?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dès le 1 <sup>er</sup> jour | <input type="checkbox"/> Après le 1 <sup>er</sup> comprimé |
| <input type="checkbox"/> Au 2 <sup>ème</sup> jour    |  |
| <input type="checkbox"/> Au 3 <sup>ème</sup> jour    | <input type="checkbox"/> Ne sait pas                       |
| <input type="checkbox"/> Si autre, à préciser: ..... |  |

**Délai entre la prise du médicament et le début de symptômes:**

- |                                    |                                     |                                     |                                      |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 1 heure | <input type="checkbox"/> 1-4 heures | <input type="checkbox"/> > 4 heures | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|

**Durée des manifestations:**

- |  |                                     |                                      |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 6h              | <input type="checkbox"/> 48 heures  |                                      |
| <input type="checkbox"/> 12 h ( ½ journée) | <input type="checkbox"/> 1 semaine  | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> 24 h (1 journée)  | <input type="checkbox"/> 2 semaines | <input type="checkbox"/> autre:..... |

**Prise en charge de la réaction:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arrêt du traitement incriminé uniquement    | <input type="checkbox"/> Hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Traitement symptomatique administré : ..... |  |