

Allergie sero-diagnostique

Mise en évidence d'anticorps IgE spécifiques d'allergènes chez le chien (test in vitro)

SELECTION DES PATIENTS

Ce formulaire sert
de base pour votre
consultation d'allergie



Symptômes principaux :

- Prurit** Répartition typique des démangeaisons :
 ventre *et/ou* jambes
 Altérations cutanées entre :
 ventre *et/ou* jambes granulome eosinophilique granulome linéaire prédisposition raciale

Symptômes concomitants :

- Prurit facial et altérations cutanées facial (DD : allergie alimentaire, notoedres cati)
 Prurit dorsal (DD: DAP, cheyletiella)

ANAMNÈSE

Prurit : + / ++ / +++ (préciser)

- Saisonnier (DD : puces, autres ectoparasites)
 Toute l'année

Si saisonnier : Du mois de _____ à _____

- Le prurit** provoque-t-il des altérations cutanées ? (En cas d'allergie...)
 Le prurit est-il consécutif aux **altérations cutanées** ? (En cas d'ectoparasitose, de folliculite)

LE PRURIT diminue par l'application de :

- | | | | | |
|------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Antibiotiques | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> complètement | <input type="checkbox"/> partiellement |
| Glucocorticoïdes | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> complètement | <input type="checkbox"/> partiellement |
| Antiparasitaires | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> Esters phosphoriques | <input type="checkbox"/> Ivomec ou similaire |

Si **DIÈTE** : Laquelle ? _____

CLINIQUE

- | | | | | | |
|------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prurit | <input type="checkbox"/> tête | <input type="checkbox"/> cou | <input type="checkbox"/> dos | <input type="checkbox"/> ventre | <input type="checkbox"/> jambes |
| <input type="checkbox"/> Poiles cassés | <input type="checkbox"/> tête | <input type="checkbox"/> cou | <input type="checkbox"/> dos | <input type="checkbox"/> ventre | <input type="checkbox"/> jambes |
| <input type="checkbox"/> Altérations cutanées | <input type="checkbox"/> tête | <input type="checkbox"/> cou | <input type="checkbox"/> dos | <input type="checkbox"/> ventre | <input type="checkbox"/> jambes |

Complexe granulome eosinophilique

Eosinophiler Granulom-Komplex

- ulcère (lèvre) granulome eosinophilique granulome linéaire

D'autre symptômes

- menton épais dermatite miliaire éternuer des yeux coulants érythème faciale

DIAGNOSTIQUE

- Raclages cutanés Test avec scotch Malassezia
 Culture de dermatophytes Biopsies cutanées

THERAPIE :

Evaluation du succès de la thérapie

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Thérapie avec antibiotiques | <input type="checkbox"/> avec succès | <input type="checkbox"/> sans succès | <input type="checkbox"/> pas fait |
| Thérapie avec Itrakonazol | <input type="checkbox"/> avec succès | <input type="checkbox"/> sans succès | <input type="checkbox"/> pas fait |
| Thérapie avec antiparasitaires | <input type="checkbox"/> avec succès | <input type="checkbox"/> sans succès | <input type="checkbox"/> pas fait |
| Thérapie avec aglucocorticoïdes | <input type="checkbox"/> avec succès | <input type="checkbox"/> sans succès | <input type="checkbox"/> pas fait |

Si **Glucocorticoïde** : Dernière injection quand ? _____ Dernier comprimé quand ? _____

Si possible, diminuer les cortico 2 à 3 semaines avant la prise de sang.

Pas indispensable, mais mieux, surtout après une thérapie à long terme