



ÉVALUATION DU RISQUE DE RÉACTION ALLERGIQUE À UN MATÉRIEL PROTHÉTIQUE MÉTALLIQUE

Questionnaire confidentiel à compléter par le patient et à remettre au chirurgien.

Nom : Prénom : Date de naissance : Sexe :

Mettre une croix dans la case de votre réponse

1 - Avez-vous exercé dans les 10 dernières années l'une de ces professions :

Maçon ; Tanneur ; Fabricant de bijoux fantaisies ; Polisseur sur métaux, Métallurgiste ; Agriculteur ; Peintre Oui Non

2 - Avez-vous eu, dans le passé, des réactions allergiques telles que :

..... Respiratoires : rhinite, asthme, nez qui coule sans être enrhumé Oui Non

..... Cutanées : réaction anormale sur la peau, urticaire Oui Non

..... Alimentaires Oui Non

..... Médicaments Oui Non

..... Piqûres d'insectes (abeille, guêpe..) Oui Non

3- Avez-vous déjà présenté des réactions anormales sur la peau en portant :

..... Des bijoux (fantaisie, en argent, en or blanc) : boucles d'oreilles, bracelets de montre, colliers ou autre bijou Oui Non

..... Des boucles de ceinture en métal, des boutons de Jean's Oui Non

..... Des gants ou des chaussures de cuir Oui Non

..... Des tatouages Oui Non

4 - Avez-vous consulté un médecin pour une réaction anormale aux produits suivants, ou avez-vous eu des tests cutanés d'allergie ?

..... Aux produits cosmétiques (maquillages, crèmes) Oui Non

..... Aux acariens, pollens, poils d'animaux... Oui Non

..... Aux métaux. Si vous savez, préciser le métal origine de la réaction

..... Chrome Oui Non

..... Cobalt Oui Non

..... Nickel Oui Non

..... Autres, ou je ne sais pas Oui Non

5 - Date des données du questionnaire :



ÉVALUATION DU RISQUE DE RÉACTION ALLERGIQUE À UN MATÉRIEL PROTHÉTIQUE MÉTALLIQUE COMPLÉMENT AU QUESTIONNAIRE REMPLI PAR LE PATIENT

Questionnaire confidentiel renseigné par le chirurgien si le questionnaire rempli par le patient nécessite un complément d'information :

Docteur / Professeur

1 - Antécédents médicaux personnels et familiaux :

..... Allergie connue chez les parents : Oui Non

Connaissez-vous le matériau ou médicament créant la réaction allergique ?

..... Allergie connue chez le patient : Oui Non

Connaissez-vous le matériau ou médicament créant la réaction allergique ?

Type d'allergie : Alimentaire De contact Respiratoire

Si une allergie de contact est connue, quelles en sont les causes identifiées ?

Bijou Bouton métallique Piercing Lunettes Montre Bracelet Cuir

Autres

Suivi de traitements réguliers liés à une allergie :

Signes cliniques observés : Réaction cutanée anormale : Eczéma Urticaire Prurit

Antécédent d'ostéosynthèse ou de prothèse (attention PTH non significatif, souvent Titane)

..... Oui Type :

..... Non

Antécédents d'infection sur matériel, entraînant une corrosion de l'implant et libération d'ions pouvant prédisposer à une allergie : Oui

Non

Problème lors des soins dentaires : Oui Non

Observations :

2 - Décision de pratiquer un test cutané

Contrôle des risques d'influence par les médicaments : Le patient ne prend ni régulièrement ni occasionnellement l'un des traitements suivants:

..... TYPE INTERVALLE RECOMMANDÉ AVANT EXÉCUTION DU TEST

Oui Non Antihistaminique de courte durée 10 jours

Oui Non Antihistaminique de longue durée 6 semaines

Oui Non Antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques de type phénothiazines 2 semaines

Oui Non Corticostéroïdes systémiques, dosage supérieur à 30 mg/j pendant moins de 1 semaine
ou 10 mg/j à long terme, 1 semaine

Oui Non Corticostéroïdes topiques cutanés 2 à 3 semaines

3 - Test Cutané : Ref. du test :



Date de pose : Date de lecture :

Résultat positif : Type + Type ++ Type +++

Résultat négatif :