

QUESTIONNAIRE À REMPLIR AVANT LES TESTS

Données générales

- Nom :
- Prénom :
- Date :
- Age :.....
- Sexe :.....
- Situation géographique :.....
- Profession :.....

Antécédents

- Atopie personnelle ou familiale :
.....
.....
- Allergie de contact :
.....
.....
- Allergie médicamenteuse :
.....
.....

Médicaments

.....
.....
.....

Données cliniques

- Aspect des lésions élémentaires :
.....
.....
.....
- Signes fonctionnels :.....
- Date de début :
- Topographie initiale et actuelle :
.....
.....
.....

Evolution

- par poussées ou continue
- amélioration ou aggravation
- saisonnière :.....
- par rapport au travail : épreuve du travail : + - ? non faite.

Contacts

- mal supportés :
.....
.....
- médicamenteux :
.....
.....
- cosmétiques :
.....
.....
- professionnels :
.....
.....
- domestiques :
.....
.....
- loisirs :
.....
.....
- autres :
.....
.....