

Questionnaire en vue d'un éventuel diagnostic de SAMA

Date du jour :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Médecin traitant :

Circonstances évocatrices du diagnostic, histoire de la maladie, adressage :

Avez-vous déjà pris un anti allergique ? :

(Aerius®, Desloratadine®, Cétirizine® ou autres)

- Etait-ce efficace ?

Oui

Non

Avez-vous des intolérances ? :

- Médicamenteuses ?

Oui

Non

Avec quels médicaments ? Quels effets secondaires ?

- Alimentaires ?

Oui

Non

Avec quels aliments ? Quels effets secondaires ?

Mangez-vous de tout ? des œufs, du chocolat, des fruits de mer, des fraises, des fruits exotiques ?

Avez-vous déjà fait des explorations biologiques d'allergies ? Quels ont été les résultats ?

En moyenne, sur les 6 derniers mois :

Réactions aux piqûres d'insectes, guêpes/abeilles :

- Avez-vous de grosses réactions (plus que la norme) ?

Oui

Non

- Avez-vous déjà fait un œdème de Quinck ?

- Avez-vous un Stylo d'adrénaline injectable avec vous ?

Signes au niveau de la peau :

Oui, tous les jours

1x par semaine

1 x par mois

Non ou très

rarement

- Avez-vous la peau qui marque beaucoup ?

- Pouvez-vous écrire sur votre peau (dermographisme)?

- Avez-vous des boursouflures dès qu'il y'a un frottement ?

- Avez-vous fait de l'urticaire ?

- Avez-vous des rougeurs et/ou des démangeaisons sans explications « logiques » ?

Quels sont les facteurs déclenchants ? (Exemples : alcool, UV, efforts physique ou intellectuels, etc) :

Signes de la douche :

(Juste) Après la douche, avez-vous :

- Des rougeurs ?
- Des démangeaisons ?
- Des éruptions cutanées ?
- Davantage de fatigue ?
- Un besoin de vous reposer ?
- Un besoin de vous allonger ?
- Prenez vous votre douche habituellement le soir ?

	Oui, tous les jours	1x par semaine	1x par mois	Non, ou très rarement
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signes digestifs :

Avez-vous des épisodes :

- De diarrhée
- De vomissements
- De nausées
- De douleurs abdominales
- De ballonnements +/- flatulences

Avez-vous de la gastrite ?
Avez-vous des reflux gastro-œsophagiens

	Oui, tous les jours	1x par semaine	1x par mois	Non ou TR
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signes respiratoires :

- Avez-vous fait de l'asthme ou pseudo-asthme ?
- Avez-vous des essoufflements ?
- Avez-vous de la rhinite chronique ?
- Avez-vous des sinusites récurrentes ?
-

	1x par jour	1x par semaine	1x par mois	Non ou TR
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signes cardio-vasculaires

- Avez-vous des palpitations, des sueurs ?
- Des hypotensions orthostatiques ? (pseudos vertiges en vous relevant)
- Avez-vous fait des malaises (vagueux) ? avec perte de connaissance ?

	Oui	Parfois	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres manifestations

Osseuses: Avez vous déjà eu une/des fractures malgré un faible traumatisme ?

Avez vous de l'ostéoporose ?

Cognitives: Avez vous du brouillard mental ? des troubles de la mémoire ?

	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous déjà eu un dosage de la tryptase ? :

	Oui, plus d'un	un seul	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnostic :

Négatif

Possible

Probable

Hautement probable

léger

modéré

sévère

sans

anaphylaxie associée

secondaire à une

allergie
dysimmunité

idiopathique