

**DEMANDE DE RENDEZ-VOUS**  
EXPLORATION ALLERGOLOGIQUE  
DES REACTIONS AUX PRODUITS DE CONTRASTE

**Merci de remplir ce document** pour obtenir un rendez-vous

**IDENTITÉ DU PATIENT OU ÉTIQUETTE :**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | |

Numéro de téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | |

ETIQUETTE PATIENT

Date de l'accident : | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom du produit reçu : .....

Si nouvel examen programmé,

merci d'indiquer la date : | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom du produit à administrer : .....

L'examen peut être reporté :  Oui  Non .....

**IDENTITÉ DU MÉDECIN DEMANDEUR :**

Nom : .....

Spécialité : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | |

Cette demande est à faxer au  
**05 67 77 14 76**  
à l'attention de secrétariat de pneumologie et allergologie.