



## **QUESTIONNAIRE ALLERGIE**

Détection et évaluation du risque d'hypersensibilité aux métaux dans le cadre de la pose en première intention ou la révision d'un implant prothétique articulaire de genou ou de hanche.

Nom : ..... prénom : ..... Sexe :  Homme  femme

date naissance : ..... / ..... / ..... date questionnaire : ..... / ..... / .....

### **PARTIE PATIENT**

**EXERCEZ VOUS ou AVEZ VOUS EXERCÉ UNE ACTIVITÉ DANS LES SECTEURS SUIVANTS :**

- Batiment fabrication de bijou/joaillerie Métallurgie Tannerie  
Teinturerie Coiffure Peinture

**QUEL EST (ou était) VOTRE MÉTIER HABITUEL ?** .....

**AVEZ VOUS DÉJÀ CONSTATÉ DES RÉACTIONS CUTANÉES LOCALES ou GÉNÉRALES ANORMALES AU CONTACT DE :**

- Pièce de monnaie Clef gants ou pantalon de cuir  
fermeture éclair Boucle de ceinture Bouton métallique  
Bracelet de montre Monture de lunettes bijoux fantaisie

**AVEZ VOUS FAIT DES TESTS CUTANÉS DE DÉPISTAGE D'UNE ALLERGIE À UN MÉTAL ?**

- OUI NON

**Si OUI, QUEL TEST ÉTAIT POSITIF ?**

- Nickel Chrome Cobalt Titane AUTRE .....

**ÊTES VOUS ALLERGIQUE À D'AUTRES PRODUITS QUE LES MÉTAUX ?**

- ANTIBIOTIQUE Lequel ? .....

- AUTRE .....

**ÊTES VOUS FUMEUR ?**     OUI                       NON

**ÊTES VOUS TATOUÉ ?**     OUI                       NON

**ÊTES VOUS PORTEUR D'IMPLANTS DENTAIRE MÉTALLIQUES ?**

OUI                       NON

**ÊTES VOUS PORTEUR D'IMPLANTS VASCULAIRES (stent-pace maker) ?**

OUI                       NON

**AVEZ VOUS DÉJÀ EU UNE OSTÉOSYNTÈSE POUR FRACTURE ou OSTÉOTOMIE ?**

OUI                       NON

**Si OUI, AVEZ VOUS EU UNE RÉACTION AU MATÉRIEL (Plaque – Clou – Agrafe – Broche)**

OUI                       NON

**Si OUI, DE QUELLE NATURE ?**

Eczéma localisé ou Diffus                       Douleurs inexplicables

Ecoulement                       non consolidation                       Infection

**AUTRE :** .....

**ÊTES VOUS PORTEUR D'UNE PROTHÈSE ARTICULAIRE ?**     OUI                       NON

Hanche                       Genou                       Épaule                       Cheville

Date de Pose : ..... / ..... / .....

**AVEZ VOUS EU UNE RÉACTION APRÈS LA POSE ?**                       OUI                       NON

**Si OUI, A QUELLE DATE ?** ..... / ..... / .....

**Si OUI, DE QUELLE NATURE ?**

Eczéma localisé ou Diffus                       Douleurs inexplicables

Descellement inexplicé                       Diminution de la Mobilité/Raideur     Épanchement

**AUTRE :** .....

## **PARTIE CHIRURGIEN**

### **AVANT PROTHÈSE DE PREMIÈRE INTENTION**

-ALLERGIE SUSPECTÉE             OUI     NON

-ALLERGIE CONNUE             OUI     NON

MÉTAUX EN CAUSE :     Nickel     Chrome     Cobalt     Titane

AUTRE .....

### **PROTHÈSE EN PLACE**

ALLERGIE SUSPECTÉE             OUI     NON

-ALLERGIE CONNUE             OUI     NON

MÉTAUX EN CAUSE :     Nickel     Chrome     Cobalt     Titane

AUTRE .....

### **INDICATION D'EXPLORATIONS COMPLÉMENTAIRES**

OUI     NON

<b>RÉSULTATS</b>	<b>DATE</b>	<b>Ni</b>	<b>Co</b>	<b>Cr</b>	<b>Mo</b>	<b>Ti</b>	<b>Ciment</b>	<b>Genta</b>
<b>PATCHTEST CUTANÉ 0 - 1x - 2x - 3x</b>								
<b>MELISA Indice de Stimulation</b>								
<b>BIOPSIE</b>								

**COMMENTAIRES :**