

Användarstöd – Allergiutredning

Formuläret är avsett för vuxna, inför nybesök på allergimottagning för att kartlägga patientens allergiska besvär, vilka symtom patienten har och hur ofta symtomen uppkommer. Formuläret ger även en antydning om mekanismer bakom symtomen. Formuläret skickas ut i samband med att patienten kallas.

Mallnamn

Allergiutredning

- Allergi**
 - * Formuläret är ifyllt av
 - Boende
 - Har du barn?
 - Om ja, vilken ålder?
 - Har du tidigare genomgått allergiutredning?
 - Om ja, vilket år och var?
 - Har du tidigare fått allergivaccination?
 - Om ja, när, var och mot vad?
- Aktuella besvär**
 - Beskriv de besvär som du söker läkare för:
 - Vilka besvär är svårast?
 - Vilken årstid har du besvär?
 - Hur många luftvägsinfektioner eller förkylningar har du per år?
 - Av dessa, hur många behandlades med antibiotika senaste året?
 - Har du några sjukdomar utöver de som du nu söker läkare för?
- Näsa och ögon**
 - Rinnsnuva
 - Hur många år har du haft besvär?
 - Nästäppa
 - Hur många år har du haft besvär?
 - Nysningar
 - Hur många år har du haft besvär?
 - Svullnad eller klåda i ögonen
 - Hur många år har du haft besvär?
 - Försämrat luktsinne
 - Hur många år har du haft besvär?
- Luftrör**
 - Andningsbesvär
 - Hur många år har du haft besvär?
 - Andningsbesvär under natten
 - Hur många år har du haft besvär?
 - Hosta utan slem
 - Hur många år har du haft besvär?
 - Hosta med slem
 - Hur många år har du haft besvär?
 - Pipande eller väsande andning
 - Hur många år har du haft besvär?
 - Tungt att andas
 - Hur många år har du haft besvär?
 - Tryck eller värk i bröstet
 - Hur många år har du haft besvär?
- Hud**
 - Klåda
 - Hur många år har du haft besvär?
 - Eksem
 - Hur många år har du haft besvär?
 - Utslag
 - Hur många år har du haft besvär?
- Hals och mage**
 - Klåda i gommen
 - Hur många år har du haft besvär?

☐ Hals och mage
☐ Klåda i gommen
☐ Hur många år har du haft besvär?
☐ Svullnad i svalget
☐ Hur många år har du haft besvär?
☐ Svullna läppar
☐ Hur många år har du haft besvär?

☐ Får du besvär av födoämne?
☐ Nötter
☐ Om ja, vilka nötter och besvär?
☐ Fisk
☐ Om ja, vilka fiskar och besvär?
☐ Frukter
☐ Om ja, vilka frukter och besvär?
☐ Mjölk
☐ Om ja, vilka besvär?
☐ Ägg
☐ Om ja, vilka besvär?
☐ Andra födoämnen
☐ Om ja, vilka födoämnen och besvär?
☐ Tillsatser i födoämnen
☐ Om ja, vilka tillsatser och besvär?

☐ Får du besvär av:
☐ Pälsdjur
☐ Om ja, vilka pälsdjur och besvär?
☐ Bi/geting
☐ Om ja, vilka besvär?
☐ Kvalster
☐ Om ja, vilka besvär?
☐ Kall luft
☐ Om ja, vilka besvär?
☐ Fuktig luft
☐ Om ja, vilka besvär?
☐ Varm luft
☐ Om ja, vilka besvär?
☐ Fysisk ansträngning
☐ Om ja, vilka besvär?
☐ Tobaksrök
☐ Om ja, vilka besvär?
☐ Parfym
☐ Om ja, vilka besvär?
☐ Blomdoft
☐ Om ja, vilka besvär?
☐ Bilavgaser
☐ Om ja, vilka besvär?
☐ Stress/oro
☐ Om ja, vilka besvär?
☐ Annat
☐ Om ja, vilka besvär?

☐ Tar du medicin för besvär?
☐ För ögon
☐ Om ja, vilka och hur ofta?
☐ För näsa
☐ Om ja, vilka och hur ofta?
☐ För luftrör
☐ Om ja, vilka och hur ofta?
☐ För hud
☐ Om ja, vilka och hur ofta?
☐ Andra mediciner
☐ Om ja, vilka och hur ofta?
☐ Har du besvär trots medicinering?

☐ Har du reagerat ogynnsamt mot mediciner?
☐ Medicin mot infektioner
☐ Om ja, vilka mediciner och typ av besvär?
☐ Medicin mot värk
☐ Om ja, vilka mediciner och typ av besvär?
☐ Andra mediciner
☐ Om ja, vilka mediciner och typ av besvär?

☐ Bostad och arbetsmiljö
☐ Finns det djur i din bostadsmiljö?
☐ Om Ja, vilka?
☐ Har du kontakt med djur i annan miljö?
☐ Om ja, vilka och var?
☐ Röker du?
☐ Om du slutat, hur länge rökte du och vilket år slutade du?
☐ Om ja, hur mycket och vad?
☐ Utsatt för passiv rökning
☐ Nuvarande sysselsättning?
☐ Nuvarande arbetsuppgift?
☐ Typ av arbetsmiljö?
☐ Arbetar per vecka
☐ Vid heltid, hur många timmar?
☐ Vid deltid, hur många timmar?
☐ Vid skift, hur många timmar?
☐ Tror du att något i bostaden försämrar din sjukdom?
☐ Om ja, vad?
☐ Tror du att något på jobbet försämrar din sjukdom?
☐ Om ja, vad?
☐ Inredning i bostaden
☐ Inredning i sovrummet
☐ Inredning på arbetsplatsen

☐ Hade du följande besvär som barn?
☐ Eksem
☐ Om ja, vid vilken ålder?
☐ Allergisk snuva
☐ Om ja, vid vilken ålder?
☐ Astma
☐ Om ja, vid vilken ålder?
☐ Andra sjukdomar?
☐ Om ja, vid vilken ålder?
☐ Reaktion på födoämnen
☐ Om ja, vid vilken ålder och vilka?

☐ Vilka sjukdomar finns eller har funnits i din släkt?
☐ Astma
☐ Allergiska näs- eller ögonbesvär
☐ Eksem
☐ Nässelutslag
☐ Reaktion på födoämnen
☐ Annan sjukdom
☐ Om annan sjukdom, vad?

☐ Annat
☐ Är det något annat du vill tillägga som kan vara bra för oss att v