



ALLERGI- UTREDNING

Detta frågeformulär utsändes i förväg för att du i lugn och ro skall kunna besvara de frågor läkaren vill ha svar på. De uppgifter som lämnas i formuläret behandlas lika konfidentiellt som andra journalhandlingar.

Försök att besvara alla frågor och medtag formuläret vid läkarbesöket alternativt sänd tillbaka till mottagningen.

Datum: _____

Namn: _____

Personnummer: _____

Telefon: _____

Civilstånd Gift/Sammanboende Ensamboende

Har du barn? Nej Ja Om ja, ålder: _____

Formuläret är ursprungligen utarbetat av docent Ulf Bengtsson, professor Olle Löwhagen och doktor Rosita Sundberg, Astma-och allergimottagningen, SU Sahlgrenska, Göteborg och docent Nils Eriksson, Lungallergimottagningen, Hallands sjukhus, Halmstad, i samarbete med ALK Nordic. Omarbetat 2018 av överläkare Teet Pullerits, SU Sahlgrenska, överläkare Inger Winnergård, Hallands sjukhus, Kungsbacka och överläkare George Grantson, Hallands sjukhus, Varberg.

1 Beskriv de besvär, som du söker läkare för: _____

Vilka besvär är svårast: _____

2

Aktuella besvär	Symtom	Hur ofta?			Hur många år har du haft dessa besvär?
Näsa och ögon	<input type="checkbox"/> Rinnsnuva	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
	<input type="checkbox"/> Nästäppa	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
	<input type="checkbox"/> Nysningar	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
	<input type="checkbox"/> Svullnad eller klåda i ögonen	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
	<input type="checkbox"/> Försämrat luktsinne	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
Luftrör	<input type="checkbox"/> Andningsbesvär	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
	<input type="checkbox"/> Andningsbesvär under natten	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
	<input type="checkbox"/> Hosta utan slem	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
	<input type="checkbox"/> Hosta med slem	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
	<input type="checkbox"/> Pipande/väsande andning	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
	<input type="checkbox"/> Tungt att andas	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
	<input type="checkbox"/> Tryck eller värk i bröstet	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
Hud	<input type="checkbox"/> Klåda	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
	<input type="checkbox"/> Eksem	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
	<input type="checkbox"/> Utslag	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
Hals och mage	<input type="checkbox"/> Klåda i gommen	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
	<input type="checkbox"/> Svullnad i svalget	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
	<input type="checkbox"/> Svullna läppar	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år
	<input type="checkbox"/> Annat _____	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Periodvis	<input type="checkbox"/> Enstaka ggr	år

3 Vilken årstid har du besvär? Vår Sommar Höst Vinter

4 Får du besvär av födoämnen?

Nötter Nej Ja
 Fisk Nej Ja
 Frukter Nej Ja
 Mjök Nej Ja
 Ägg Nej Ja
 Andra födoämnen Nej Ja
 Tillsatser i föda Nej Ja

Vilket/vilka?

Vilka besvär?

5 Får du besvär av:

- | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Pälsdjur | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bi/geting | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Kvalster | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Kall luft | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Fuktig luft | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Varm luft | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Fysisk ansträngning | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Tobaksrök | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Parfym | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Blomdoft | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bilavgaser | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Stress/oro | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Annat | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

Vilket/vilka?

Vilka besvär?

6 Tar du medicin för besvären?

- | | | |
|-----------------|------------------------------|-----------------------------|
| För ögon | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| För näsa | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| För luftrör | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| För hud | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Andra mediciner | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

Vilket/vilka?

Hur ofta?

7 Har du besvär trots medicinering? Nej Ja

8 Har du reagerat ogynnsamt mot mediciner?

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Medicin mot infektion (antibiotika) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Medicin mot värk | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Andra mediciner | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

Vilket/vilka?

Typ av besvär/symtom?

9 Har du tidigare genomgått allergiutredning?

- Nej Ja Om ja, vilket år? _____ Var? _____

10 Har du tidigare fått allergivaccination (sprutor eller tabletter)?

- Nej Ja Om ja, när? _____ Mot vad? _____
Var? _____

11 Hur många luftvägsinfektioner/förkylningar har du per år? _____

Av dessa, hur många behandlades med antibiotika senaste året? _____

12 Finns det djur i din bostadsmiljö? Nej Ja Vilka? _____

13 Har du kontakt med djur i annan miljö? Vilket/vilka? _____ Var? _____
 Ja, dagligen Ibland Nej

14 Röker du?
 Aldrig rökt
 Nej. Jag slutade för _____ år sedan. Hur länge rökte du? _____
 Utsätts för passiv rökning
 Ja. Hur mycket? _____ Vad? _____

15 Nuvarande sysselsättning? _____
 Nuvarande arbetsuppgifter? _____
 Typ av arbetsmiljö? _____

Arbetar per vecka: Heltid Deltid Skift
 Tim _____ Tim _____ Tim _____

16 Tror du att något i bostaden försämrar din sjukdom?
 Nej Ja Om ja, vad? _____

Tror du att något på jobbet försämrar din sjukdom?
 Nej Ja Om ja, vad? _____

17 Inredning m.m.	I sovrummet	I bostaden	På arbetsplatsen
Heltäckande matta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftavfuktare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftrenare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 Hade du följande besvär som barn?

Eksem	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vid vilken ålder: _____
Allergisk snuva	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vid vilken ålder: _____
Astma	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vid vilken ålder: _____
Andra sjukdomar	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vid vilken ålder: _____
Reaktion på födoämnen	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vid vilken ålder: _____

Isåfall vilka: _____

19 Har du några sjukdomar utöver de som du nu söker läkare för?

20 Vilka sjukdomar finns eller har funnits i din släkt?

Astma	<input type="checkbox"/> Mor	<input type="checkbox"/> Far	<input type="checkbox"/> Syskon	<input type="checkbox"/> Barn
Allergiska näs- eller ögonbesvär	<input type="checkbox"/> Mor	<input type="checkbox"/> Far	<input type="checkbox"/> Syskon	<input type="checkbox"/> Barn
Eksem	<input type="checkbox"/> Mor	<input type="checkbox"/> Far	<input type="checkbox"/> Syskon	<input type="checkbox"/> Barn
Nässelutslag	<input type="checkbox"/> Mor	<input type="checkbox"/> Far	<input type="checkbox"/> Syskon	<input type="checkbox"/> Barn
Reaktion på födoämnen	<input type="checkbox"/> Mor	<input type="checkbox"/> Far	<input type="checkbox"/> Syskon	<input type="checkbox"/> Barn
Annan sjukdom, vad: _____	<input type="checkbox"/> Mor	<input type="checkbox"/> Far	<input type="checkbox"/> Syskon	<input type="checkbox"/> Barn

EGNA ANTECKNINGAR

Blanketten sänds ifylld till ansvarig läkare.

Blanketten sänds ifylld till ansvarig läkare.

Ansvarig utgivare:
ALK Nordic A/S
infose@alk.net

