

Namn:	
Personnummer:	
Dagens datum:	

Allergisymtom av det allergen som du ska få behandling mot:

- Björk
 Gräs
 Katt
 Hund
 Kvalster

1. Graden av symtom:

Välj ett alternativ för varje symtom

	Inga symtom	Lindriga	Måttliga	Svåra
Nässymtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ögonsymtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astmasymtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudsymtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra symtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ange vilka andra symtom: _____

2. Allergiläkemedel vid besvär eller under senaste pollensäsongen:

- Inga

Tabletter

- Antihistaminer
(t.ex. Aerius, Loratadin, Cetirizin)
- Kortison-tabletter
- Leukotrienantagonist
(t.ex. Montelukast/Singulair)

Nässpray

- Antihistaminer
(t.ex. Livostin)
- Kortison
(t.ex. Nasonex)
- Antihistamin+kortison
(t.ex. Dymista)

Ögondroppar

- Antihistaminer
(t.ex. Livostin, Opatanol)
- Kortison ögondroppar
- Kromoner
(t.ex. Lomodal, Lecrolyn, Tillavist)

Inhalationsbehandling

- Kortison inhalation
(t.ex. Pulmicort, Symbicort, Seretide, Bufomix, Novopulmon, Flutiform, Innovair)
- B2-agonister kortverkande
(t.ex. Bricanyl, Ventoline, Ventilastin, Airomir)
- B2-agonister långverkande
(t.ex. Oxis, Formatrix, Serevent)

Injektionsbehandling

- Kortisoninjektion
(Depomedrol)

Utvärdering av Alutard SQ® behandling

Uppföljning År 1

Uppföljning År 2

Uppföljning År 3

Namn:	
Personnummer:	
Dagens datum:	Fulldos datum:

Allergisymtom av det allergen som du får behandling mot:

Björk Gräs Katt Hund Kvalster

1. Graden av symtom:

Välj ett alternativ för varje symtom

	Inga symtom	Lindriga	Måttliga	Svåra
Nässymtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ögonsymtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astmasymtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudsymtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra symtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ange vilka andra symtom: _____

2. Allergiläkemedel vid besvär eller under senaste pollensäsongen:

Inga

Tabletter

- Antihistaminer
(t.ex. Aerius, Loratadin, Cetirizin)
- Kortison-tabletter
- Leukotrienantagonist
(t.ex. Montelukast/Singulair)

Inhalationsbehandling

- Kortison inhalation
(t.ex. Pulmicort, Symbicort, Seretide, Bufomix, Novopulmon, Flutiform, Innovair)
- B2-agonister kortverkande
(t.ex. Bricanyl, Ventoline, Ventilastin, Airomir)
- B2-agonister långverkande
(t.ex. Oxis, Formatrix, Serevent)

Nässpray

- Antihistaminer
(t.ex. Livostin)
- Kortison
(t.ex. Nasonex)
- Antihistamin+kortison
(t.ex. Dymista)

Ögondroppar

- Antihistaminer
(t.ex. Livostin, Opatanol)
- Kortison ögondroppar
- Kromoner
(t.ex. Lomodal, Lecrolyn, Tillavist)

Injektionsbehandling

- Kortisoninjektion
(Depomedrol)

Fortsättning på andra sidan

Uppföljning År 1

Uppföljning År 2

Uppföljning År 3

Namn:			
Personnummer:			
Dagens datum:	Fulldos datum:		

Allergisymtom efter start av allergivaccinationsbehandling

3. Hur upplever du din allergi under behandling med allergivaccination jämfört med då du inte hade denna behandling?

Mycket bättre

Bättre

Likadan

Sämre

Mycket sämre

4. Har Du någon annan allergi än den du behandlas för?

Ja

Nej

Om ja, hur har den allergin utvecklats under behandlingen?

Mycket bättre

Bättre

Likadan

Sämre

Mycket sämre

5. Har du fått allergiska symtom mot något nytt ämne under behandlingen?

Ja

Nej

Om ja, vad har du reagerat mot? _____

6. Om du har astma, har din astma under behandlingen blivit:

Bättre

Likadan

Sämre

Har ej astma

7. Har du fått några problem på armarna under behandlingen?

Ja

Nej

Om ja, beskriv besvären. _____