

CHECKLISTA

Allergi under pollensäsong¹



Datum: _____

Namn: _____

Personnummer: _____

Hur länge har du haft pollenallergi? _____

Har du någon gång blivit utredd för din allergi av en läkare?

- Ja
 Nej

Vilka symtom upplever du?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rinnande näsa | <input type="checkbox"/> Rinnande ögon | <input type="checkbox"/> Trötthet |
| <input type="checkbox"/> Kliande näsa | <input type="checkbox"/> Kliande ögon | <input type="checkbox"/> Koncentrations-
svårigheter |
| <input type="checkbox"/> Täppt näsa | <input type="checkbox"/> Grusiga ögon | <input type="checkbox"/> Övrigt |
| <input type="checkbox"/> Nysningar | <input type="checkbox"/> Andfåddhet | |
| | <input type="checkbox"/> Hosta | |

Upplever du astmabesvär (hosta och/eller andfåddhet)?

- Ja
 Nej

Behandlar du din allergi?

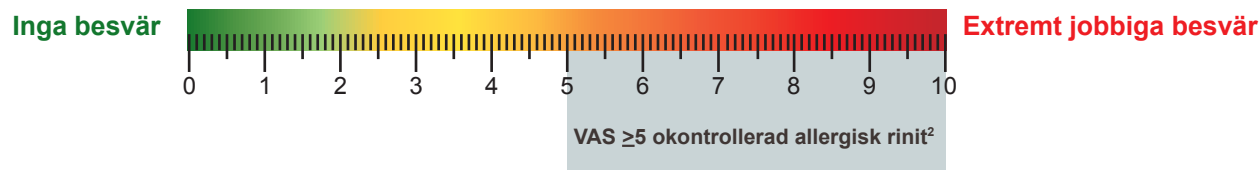
- Ja
 Nej

Om ja, vilken typ av medicin använder du?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antihistamintablett | <input type="checkbox"/> Inhalator luftrörsvidgande |
| <input type="checkbox"/> Kortisonnässpray | <input type="checkbox"/> Inhalator kortison |
| <input type="checkbox"/> Kortisonnässpray + antihistaminnässpray | <input type="checkbox"/> Inhalator luftrörsvidgande + kortison |
| <input type="checkbox"/> Ögondroppar | <input type="checkbox"/> Kortisoninjektion |
| | <input type="checkbox"/> Kortisontabletter |

Symtom trots regelbunden medicinanvändning

När du tar din medicin, hur stora besvär upplever du att du har under pollensäsongen på en skala 0-10 där 0=Inga besvär och 10= Extremt jobbiga besvär?



- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0-2 | ➔ | Fortsätt med nuvarande behandling, förnya recept ² |
| <input type="checkbox"/> 2-5 | ➔ | Optimera nuvarande behandling, förnya recept ² |
| <input type="checkbox"/> 5-10 och/eller astma | ➔ | Boka besök för utredning ² |

Referens:
1. Bousquet J et al. Allergy, 2008;63:990-996.
2. Hellings PW et al. Allergy 2013;68:1-7.