

Information till Dig som ska börja behandlas med _____

produktnamn

Innan besöket ska du ha hämtat ut din första förpackning på apoteket. Det är bra att göra det någon vecka före besöket hos oss, då apoteket inte alltid har dessa på lager. Förutsättningen för att du ska kunna starta behandlingen är att du har med tableterna vid besöket.

För att du ska vara väl förberedd inför din behandling och besöket hos oss, vill vi att du innan besöket har laddat ner appen **Allergivaccination** eller besökt hemsidan **www.allergivaccination.se**, läst informationen och gjort det enkla testet. Logga in med varunummer (Vnr) som du hittar på framsidan av din förpackning.

Läs även bickpacksedeln som finns i förpackningen.

Vid besöket kommer du få mer information samt ta din första tablett. Efter tablettintaget ska du vänta minst 30 min på mottagningen. Besöket tar ca _____

På startdagen av din SLIT-behandling bör du tänka på följande:

- Du ska inte ha en pågående allergisk reaktion
- Du ska inte vara förkyld och/eller ha feber
- Om du har astmabesvär under pollensäsongen, starta din astmabehandling 2 veckor innan besöket hos oss
- Om du har blivit ordinerad någon ytterligare medicinering sedan läkarbesöket hos oss, var vänlig kontakta oss
- Du ska inte ha blåsor eller sår i munnen vid starttillfället, ej heller gjort någon kirurgi i munhålan, då bör utläkning ske först
- Du ska inte nyligen vara piercad i munnen (läpp, tunga)
- Du ska inte snusa 1 timme innan besöket
- Du får inte vara gravid

Vid frågor vänligen kontakta oss.

Kontaktuppgifter:

Checklista patient - Behandlingsstart av: _____

produktnamn

Uppstart datum:	
Personnummer:	
Namn:	

Hur mår patient idag? (förkyld, feber, allergisk osv)

Munstatus, snusning?	Astma? Kontrollerad?

Andra allergier?

- Gjort test på nätet - (www.allergivaccination.se)
- PEF: _____
- Ger första tablett kl: _____
- Lämna ut utvärderingsformulär till patient att fylla i
- Biverkningar efter första tablettintag: _____
- Får en antihistamintablett: _____
- Biverkningar/PEF/mår vid hemgång? _____
- Antihistamintablett hemma? _____
- Behöver recept på något? _____
- Boka tid för telefonuppföljning. Datum: _____
Tel nr patient: _____
- Lämna ut behandlingsplan till patient
- Skriva journalanteckning
- Uppföljningsbesök: _____

Utvärdering av allergisymtom före behandlingsstart med _____

produktnamn

Namn:			
Personnummer:			
Dagens datum:		Behandlingsstart datum:	

Allergisymtom under den senaste pollensäsongen

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

Kortisonabletter

Leukotrienantagonist

Nässpray

Antihistaminer

Kortison

Antihistamin+kortison

Ögondroppar

Antihistaminer

Kromoner

Kortison-
ögondroppar

Inhalationsbehandling

Kortisoninhalation

B2-agonister kortverkande

B2-agonister långverkande

Injektionsbehandling

Kortisoninjektion

Utvärdering av behandling med _____

produktnamn

Uppföljning av hälso- & sjukvårdspersonal efter ca 1 månad (telefon- eller besöksuppföljning)

Namn:			
Personnummer:			
Dagens datum:			Behandlingsstart datum:

Upplevelse av första månadens behandling

1. Hur ofta har du tagit din SLIT-tablett?

6-7 ggr/vecka

4-5 ggr/vecka

1-3 ggr/vecka

2. Har du fått några reaktioner* från behandlingen?

Ja

Nej

Om ja, vilken av följande reaktion har du fått:

	Lindriga	Måttliga	Svåra
Från mun: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från hals: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från mage: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra reaktioner: _____			

Om ja, hur har du hanterat reaktionerna du fått?

*Misstänkta biverkningar av läkemedel ska rapporteras till Läkemedelsverket (LVFS 2012:14)

Ny uppföljning med patient efter 3-4 månader

Utvärdering av behandling med _____

produktnamn

Uppföljning av hälso- & sjukvårdspersonal efter ca 3-4 månader (telefon- eller besöksuppföljning)

Namn:			
Personnummer:			
Dagens datum:			Behandlingsstart datum:

Upplevelse av behandlingen

1. Hur ofta har du tagit din SLIT-tablett?

6-7 ggr/vecka

4-5 ggr/vecka

1-3 ggr/vecka

2. Har du fått några reaktioner* från behandlingen?

Ja

Nej

Om ja, vilken/vilka av följande:

	Lindriga	Måttliga	Svåra
Från mun: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från hals: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från mage: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra reaktioner: _____			

Om ja, hur har du hanterat reaktionerna du fått?

*Misstänkta biverkningar av läkemedel ska rapporteras till Läkemedelsverket (LVFS 2012:14)

Ny uppföljning med patient efter pollenssäsongen

Utvärdering av behandling med _____

produktnamn

Uppföljning År 1

Uppföljning År 2

Uppföljning År 3

Namn:			
Personnummer:			
Dagens datum:			Behandlingsstart datum:

Allergisymtom under den senaste pollenssäsongen

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 pollenssäsongen:

Inga

Tabletter

Antihistaminer

Kortisonabletter

Leukotrienantagonist

Inhalationsbehandling

Kortisoninhalation

B2-agonister kortverkande

B2-agonister långverkande

Nässpray

Antihistaminer

Kortison

Antihistamin+kortison

Injektionsbehandling

Kortisoninjektion

Ögondroppar

Antihistaminer

Kromoner

Kortison-
ögondroppar

Fortsättning på andra sidan

Forts. utvärdering av behandling

 Uppföljning År 1

 Uppföljning År 2

 Uppföljning År 3

Namn:	
Personnummer:	
Dagens datum:	

Allergisymtom efter start av SLIT-behandling

3. Hur upplever du årets pollensäsong med _____-behandling jämfört med då du inte hade SLIT-behandling? produktnamn

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 SLIT-behandlingen

Mycket bättre Bättre Likadan Sämre Mycket sämre

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

Ja Nej

Om ja, vad har du reagerat mot? _____

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

Bättre Likadan Sämre Har ej astma

7. Har du fått några problem i munnen eller magen under SLIT-behandlingen?

Ja Nej

Om ja, beskriv besvären. _____

8. Hur ofta har du i genomsnitt tagit din SLIT-tablett?

6-7 ggr/vecka 4-5 ggr/vecka 1-3 ggr/vecka