

Information till Dig som ska börja med ACARIZAX®-behandling:

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 ACARIZAX®-förpackning.

Läs även bickpacksedeln som finns i ACARIZAX®-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 ACARIZAX®-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 astma, se till att du använder dina astmamediciner enligt ordination
- 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, inte 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 - Behandlingsstart ACARIZAX®

Uppstart datum:	
Personnummer:	
Namn:	

Hur mår patienten 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 ACARIZAX® (Dermatophagoides pteronyssinus och Dermatophagoides farinae)

Namn:			
Personnummer:			
Dagens datum:			Behandlingsstart datum:

Allergisymtom under det senaste året

1. **Graden av symtom:** Välj ett alternativ för varje symtom (svårighetsgrad och frekvens)

	Symtom svårighetsgrad				Frekvens		
	Inga symtom	Lindriga	Måttliga	Svåra	Dagligen	3-5 ggr/v	1-2 ggr/v
Nässymtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astmasymtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ange vilka andra symtom: _____

2. **Allergiläkemedel vid besvär eller under den senaste året:**

Tabletter

Antihistaminer

Kortisontabletter

Leukotrienantagonist

Hur ofta: _____

Nässpray

Antihistaminer

Kortison

Antihistamin+kortison

Hur ofta: _____

Ögondroppar

Antihistaminer

Kortison

Kromoner

Hur ofta: _____

Inhalationsbehandling

Kortison

B2-agonister
kortverkande

B2-agonister
långverkande

Utvärdering av ACARIZAX®-behandling

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 Acarizax-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, vilka av följande reaktioner 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 om 3-4 månader

Utvärdering av ACARIZAX®-behandling

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 ACARIZAX®-tablett?

6-7 ggr/vecka

4-5 ggr/vecka

1-3 ggr/vecka

2. Har du fått några reaktioner* från behandlingen med ACARIZAX®?

 Ja

 Nej

Om ja, vilka av följande reaktioner 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)

Forts. utvärdering av ACARIZAX®-behandling

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

Namn:	
Personnummer:	
Dagens datum:	

Allergisymtom under ACARIZAX®-behandling

4. Graden av symtom: Välj ett alternativ för varje symtom (svårighetsgrad och frekvens)

	Symtom svårighetsgrad				Frekvens		
	Inga symtom	Lindriga	Måttliga	Svåra	Dagligen	3-5 ggr/v	1-2 ggr/v
Nässymtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astmasymtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ange vilka andra symtom: _____

Ny uppföljning med patient efter 1 års behandling

Utvärdering av ACARIZAX®-behandling

 Uppföljning År 1

 Uppföljning År 2

 Uppföljning År 3

Namn:			
Personnummer:			
Dagens datum:			Behandlingsstart datum:

Allergisymtom under ACARIZAX®-behandling

1. **Graden av symtom:** Välj ett alternativ för varje symtom (svårighetsgrad och frekvens)

	Symtom svårighetsgrad				Frekvens		
	Inga symtom	Lindriga	Måttliga	Svåra	Dagligen	3-5 ggr/v	1-2 ggr/v
Nässymtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astmasymtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ange vilka andra symtom: _____

2. **Allergiläkemedel vid besvär eller under den senaste året:**

Tabletter

 Antihistaminer

 Kortisontabletter

 Leukotrienantagonist

 Hur ofta: _____

Nässpray

 Antihistaminer

 Kortison

 Antihistamin+kortison

 Hur ofta: _____

Ögondroppar

 Antihistaminer

 Kortison

 Kromoner

 Hur ofta: _____

Inhalationsbehandling

 Kortison

 B2-agonister
kortverkande

 B2-agonister
långverkande

Fortsättning på andra sidan

Forts. utvärdering av ACARIZAX®-behandling

 Uppföljning År 1

 Uppföljning År 2

 Uppföljning År 3

Namn:	
Personnummer:	
Dagens datum:	

Allergisymtom under ACARIZAX®-behandling

3. Hur upplever du att dina allergibesvär är med ACARIZAX®-behandling, jämfört med då du inte hade AZARIZAX®-behandlingen?

Mycket bättre

Bättre

Lika

Sämre

Mycket sämre

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

 Ja

 Nej

Om ja, hur har den allergin utvecklats under ACARIZAX®-behandlingen

Mycket bättre

Bättre

Lika

Sämre

Mycket sämre

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

 Ja

 Nej

Om ja, vad har du reagerat mot?

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

Bättre

Likadan

Sämre

Har ej astma

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

 Ja

 Nej

Om ja, beskriv besvären.

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

6-7 ggr/vecka

4-5 ggr/vecka

1-3 ggr/vecka