



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, Kungälv 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?

Nöter 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 Nej Ja
 Bi/geting Nej Ja
 Kvalster Nej Ja
 Kall luft Nej Ja
 Fuktig luft Nej Ja
 Varm luft Nej Ja
 Fysisk ansträngning Nej Ja
 Tobaksrök Nej Ja
 Parfym Nej Ja
 Blomdoft Nej Ja
 Bilavgaser Nej Ja
 Stress/oro Nej Ja
 Annat Nej Ja

Vilket/vilka?

Vilka besvär?

6 Tar du medicin för besvären?

- För ögon Nej Ja
 För näsa Nej Ja
 För luftrör Nej Ja
 För hud Nej Ja
 Andra mediciner Nej Ja

Vilket/vilka?

Hur ofta?

7 Har du besvär trots medicinering? Nej Ja

8 Har du reagerat ogynnsamt mot mediciner?

- Medicin mot infektion (antibiotika) Nej Ja
 Medicin mot värk Nej Ja
 Andra mediciner Nej 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
Helfäckande 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: _____

