

Frågeformulär

vid utredning av allergisjukdomar

Datum: _____

Namn: _____ Personnr: _____

Tel.bost: _____ Tel.arb: _____

Mobilnr: _____

Detta frågeformulär utsändes i förväg för att Du i lugn och ro ska 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.

Frågeformuläret är utarbetat av överläkare och professor Olle Löwhagen, Allergisektionen, Sahlgrenska universitetssjukhuset, i samarbete med ALK Sverige AB

1. Beskriv de besvär Du söker för: _____

2. Ärftlighet

Astma/allergi i släkten Ja Nej Vet ej

3. Socialt

Sysselsättning

Yrkesverksam heltid

Yrkesverksam deltid

Arbetslös

Studerande

Militärtjänstgöring

Annat: _____

Sjukpension/bidrag

Förtidspension

Ålderspension

Föräldraledig

Hemarbete

Född i vilket land? _____

Nuvarande yrke/arbetsuppgifter _____

Är det något i Din arbetsmiljö som utlöser besvär? Ja Nej Vet ej

Om ja, vad? _____ Vilka besvär? _____

Arbetsförmåga i Ditt ordinarie arbete: _____ % av heltid

4. Aktuell kontakt med djur (bostad eller annan plats)

Ja Nej

Om ja, vilket? _____

Hur ofta? _____

5. Tobak

Aldrig rökt

Föredetta rökare

Rökare

Röker pipa

Feströkare

Snusar

Började röka _____ (ålder)

Slutade röka _____ (år)

Tobakskonsumtion _____ cig/dag

Utsätts Du passivt för tobaksrök? Ja Nej

Om ja, var? _____

6. Tidigare sjukdomar

I barndomen

Eksem Ja Nej Vet ej

Astma/lufttrörsbesvär Ja Nej Vet ej

Allergisk snuva Ja Nej Vet ej

Födoämnesöverkänslighet Ja Nej Vet ej

Andra sjukdomar i barndomen Ja Nej Vet ej

Andra tidigare sjukdomar _____

7. Nuvarande sjukdom/-ar och debutår _____

Vilka mediciner använder Du för närvarande? _____

8. Aktuella besvär, symtom och utlösande faktorer:

Näsa/övre luftvägar

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rinnsnuva | <input type="checkbox"/> Nysningar |
| <input type="checkbox"/> Nästäppa | <input type="checkbox"/> Nedsatt luktsinne |
| <input type="checkbox"/> Upphört luktsinne | <input type="checkbox"/> Övrigt: _____ |

Finns utlösande faktorer? Ja Nej Vet ej

Om ja, vad ? _____

Vilka månader ha Du näsbesvär? jan febr mars apr maj jun jul aug sep okt nov dec

Ögon - symtom

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Klåda | <input type="checkbox"/> Rodnad |
| <input type="checkbox"/> Ökat tårflöde | <input type="checkbox"/> Svullnad |
| <input type="checkbox"/> Andra symtom, vad? | _____ |

Utlösande faktorer? Ja Nej Vet ej

Om ja, vad ? _____

Vilka månader ha Du ögonbesvär? jan febr mars apr maj jun jul aug sep okt nov dec

Munhåla/svalg - symtom

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Klåda | <input type="checkbox"/> Svullnad |
| <input type="checkbox"/> Irritation | <input type="checkbox"/> Övrigt: _____ |

Utlösande faktorer? Hasselnöt Äpple Kiwi Persika
 Annat vad? _____

Luftrör/nedre luftvägar - symtom

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hosta | <input type="checkbox"/> Andningssvårighet |
| <input type="checkbox"/> Heshet | <input type="checkbox"/> Segt slem |
| <input type="checkbox"/> Löst slem | <input type="checkbox"/> Pip i bröstet |
| <input type="checkbox"/> Tung andning | <input type="checkbox"/> Tryck/tyngd över bröstet |
| <input type="checkbox"/> Svårt att få luft | <input type="checkbox"/> Smärta/värk i bröstet |
| <input type="checkbox"/> Övrig symtom | _____ |

Utlösande faktorer?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Damm (inomhus) | <input type="checkbox"/> Pollen |
| <input type="checkbox"/> Hund | <input type="checkbox"/> Katt |
| <input type="checkbox"/> Häst | <input type="checkbox"/> Kall luft |
| <input type="checkbox"/> Fysisk ansträngning | <input type="checkbox"/> Kemikalier (färg, rengöringsmedel etc) |
| <input type="checkbox"/> Rök | <input type="checkbox"/> Dofter (parfym, blommor etc) |
| <input type="checkbox"/> Annat, vad? | _____ |

Vilka månader ha Du besvär? jan febr mars apr maj jun jul aug sep okt nov dec

Mage/tarm - symtom

- Halsbränna/sura uppstötningar
- Kräkningar
- Kramp/knip
- Gaser
- Förstoppning

- Illamående
- Magont
- Uppblåsthet
- Diarré
- Övrigt, vad? _____

Utlösande faktorer?

- Grönsaker, vilka? _____
- Baljväxter (ex soja, linser, bönor, ärtor)
- Lakrits
- Pizza
- Mjölk/mjölkprodukter (grädde/yoghurt/ost)

- Frukt, vilka? _____
- Jordnötter
- Starka kryddor
- Kaffe
- Sädesslag (vete, havre, korn, råg)

Hud - symtom

- Klåda
- Svullnad
- Annat symtom: _____

- Eksem
- Nässelutslag
- När? _____

Utlösande faktorer?

- Vin/öl
- Salami
- Choklad
- Apelsin

- Tomat
- Ost
- Jordgubbar
- Annat, vad? _____

Andra allergiska/allergiliknande besvär: _____

Utlösande faktorer: _____

9. Är Du överkänslig för något läkemedel? Ja Nej Vet ej

Om ja, vilket/vilka läkemedel? _____

När hände det? _____

Fick Du symtom från:

- | | | |
|-------------|--------------------------|------------|
| hud | <input type="checkbox"/> | Vad? _____ |
| luftvägar | <input type="checkbox"/> | Vad? _____ |
| mag-tarm | <input type="checkbox"/> | Vad? _____ |
| annat organ | <input type="checkbox"/> | Vad? _____ |

10. Övriga kommentarer:

Tack för Din medverkan!

September 2004