

TJEKLISTE

Udredning af allergisk rhinitis og allergisk astma

Dato: _____

Navn: _____

CPR nr.: _____

Hvor længe har du haft symptomer på allergi? _____

Er du tidligere blevet udredt for allergisk rhinitis og/eller allergisk astma?

- Ja
 Nej

Hvilke symptomer oplever du?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Løbende næse | <input type="checkbox"/> Øjne løber i vand | <input type="checkbox"/> Åndedrætsbesvær |
| <input type="checkbox"/> Kløende næse | <input type="checkbox"/> Kløende øjne | <input type="checkbox"/> Trækker du vejret gennem munden |
| <input type="checkbox"/> Tæt næse | <input type="checkbox"/> Irriterede øjne | <input type="checkbox"/> Hudsymptomer |
| <input type="checkbox"/> Nysen | <input type="checkbox"/> Træthed | <input type="checkbox"/> Andet |
| <input type="checkbox"/> Koncentrationsbesvær | <input type="checkbox"/> Påvirkning af søvn | |

Oplever du astmasymptomer (hoste og/eller hvæsende/pibende vejrtrækning)?

- Om dagen Ja Nej Om natten Ja Nej Ved anstrengelse Ja Nej

Er du i behandling for din allergi?

- Ja
 Nej

Er du i behandling for din astma?

- Ja
 Nej

Hvis ja, hvilken type af medicin bruger du?

- | Medicin | Hvor ofte? | Medicin | Hvor ofte? |
|--|------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Antihistamin, fx. <i>Clarityn</i> , <i>Aerius</i> | _____ | <input type="checkbox"/> Inhalationssteroid, fx. <i>Spirocort</i> , <i>Flixotide</i> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nasalsteroid, fx. <i>Nasonex</i> , <i>Avamys</i> , <i>Flixonase</i> , <i>Rhinocort</i> | _____ | <input type="checkbox"/> Steroidinjektioner, fx. <i>Depo-medrol</i> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Øjendråber, fx. <i>Opatenol</i> | _____ | <input type="checkbox"/> Steroid, fx. <i>Prednisolon</i> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Inhalation luftrørsudvidende, fx. <i>Ventoline</i> , <i>Bricanyl</i> og <i>Buventol</i> | _____ | <input type="checkbox"/> Andet: _____ | _____ |

Symptomer trods regelmæssig brug af medicin

Hvor store gener oplever du at have pga. allergisymptomer, selvom du tager din medicin, på en skala fra 0-10, hvor 0 er ingen gener og 10 svære gener?

