

Hälsodeklaration inför besök vid Astma Allergimottagningen

sid 1/6. (Detta formulär är endast till för besöket och kommer ej att sparas.)

Efter- och förnamn _____

Personnummer _____ Vikt (ca) _____ Längd _____

A Yrke, sysselsättning (tidigare arbete om pensionär)

- _____
- Pensionär Sjukskriven
 Studerande Gift/sambo
 Ensamboende Antal barn _____

Bostad Lägenhet Villa
 Radhus Annat _____

Husdjur Ja Nej
Vilka? _____

Röker du? Ja Nej
Antal cigaretter per dag? _____
Sedan hur länge? _____

Har du rökt? Ja Nej
När slutade du? _____
Hur många år rökte du? _____
Hur mycket? _____

Frågeformulär inför besök vid
Astma Allergimottagningen forts. (sid 2/6)

Utsätts du för andras rökning i hemmet/på arbetet?

- Ja Nej

Snusar du?

- Ja Nej

B Har du besvär från ögon/näsa/bihålor?

- Ja Nej (Gå till C)

Vilket år fick du besvär första gången? _____

Hur är/var besvären?

- Röda, svullna ögon Kliande ögon
 Nysningar Rinnsnuva
 Nästäppa Tappar lukten
 Bihålebesvär

Har du haft/tagit bort polyper (körtlar) i näsan?

- Ja Nej

C Har du haft besvär med andningen/luftrör?

- Ja Nej (Gå till E, om ja under B, gå till D)

Vilket år fick du besvär första gången? _____

Hur är/var besvären?

- Andnöd Pip i luftrören
 Torrhosta Hosta med slem

Är du periodvis helt fri från besvär?

- Ja Nej

Har du ibland besvär under natten?

- Ja Nej

Frågeformulär inför besök vid
Asthma Allergimottagningen forts. (sid 3/6)

Har din kondition försämrats?

Ja

Nej

Motionerar du regelbundet?

Ja

Nej

När och var gjordes senaste lungröntgen? _____

D Har något av följande förvärrat dina besvär från ögon/näsa
och/ eller andningen? Markera med ÖN eller A.

Hund _____

Katt _____

Björk _____

Gräs _____

Gråbo _____

Damm _____

Kyla/fukt _____

Rök/starka dofter _____

Förkylning _____

Stress _____

Ansträngning _____

Öl/vin _____

Värktabletter _____

Okänd orsak _____

Annat _____

Besvären är värst under

Vår

Sommar

Höst

Vinter

Ingen skillnad

Får du klåda i mun/svalg av nötter och/eller äpplen, stenfrukter?

Ja

Nej

Misstänker du att något i din miljö påverkar dina besvär?

Ja

Nej

Om ja, i så fall:

Arbete

Hemmet

Fritid

Annat _____

Frågeformulär inför besök vid
Astma Allergimottagningen forts. (sid 4/6)

E Har du besvär från huden/slemhinnor?

- Ja Nej (gå till F)

Vilket år fick du besvär första gången? _____

Hur är/var besvären?

- Nässelutslag Svullnader

Var? _____

- Eksem Annat

Har något av följande utlöst/förvärrat dina hudbesvär/
slemhinnereaktioner?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mat | <input type="checkbox"/> Kryddor | <input type="checkbox"/> Öl/vin |
| <input type="checkbox"/> Värktabletter | <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Andra läkemedel |
| <input type="checkbox"/> Gummi (Latex) | <input type="checkbox"/> Köld/värme | <input type="checkbox"/> Kroppsansträngning |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Tryck mot huden | <input type="checkbox"/> Ingen känd orsak |
| <input type="checkbox"/> Annat _____ | | |

Är du periodvis helt fri från besvär?

- Ja Nej

F Har du haft akuta allergi/överkänslighetsreaktioner?

- Ja Nej (Gå till G)

Vilka besvär har du då haft?

- Utslag utan klåda Var? _____
- Kliande utslag Var? _____
- Svullnad i tunga/svalg
- Svullnader på kroppen Var? _____
- Klåda i handflator/fotsulor/hårbotten

Frågeformulär inför besök vid
Astma Allergimottagningen forts. (sid 5/6)

Andningsbesvär/hjärtklappning/illamående

Yrsel / svimning

Ledvärk

Annat _____

Fick du behandling av läkare?

Ja

Nej

Har du reagerat på läkemedel?

Ja

Nej

Vilket? _____ Vilket år? _____

Hur snart efter att du börjat ta läkemedlet fick du besvär? _____

Hur snart försvann besvären? _____

Har du reagerat på insektsstick?

Ja

Nej

Bi

Geting

Osäker om bi/geting

Vilket år? _____

Har du blivit stungen senare?

Ja

Nej

Hur många minuter efter sticket fick du besvär? _____

Har du reagerat på födoämnen?

Ja

Nej

Vilket? _____

Hur snart efter det att du har ätit får du besvär _____

Frågeformulär inför besök vid
Astma Allergimottagningen forts. (sid 6/6)

G Har någon av dina föräldrar/syskon/barn, astma, allergi/hösnuva eller eksem?

Ja

Nej

Har du själv som barn haft:

Astma/luftrörsbesvär Ja Nej

Allergi/hösnuva Ja Nej

Eksem Ja Nej

Födoämnesallergi Ja Nej

Vilka läkemedel använder du för astma/allergi besvär?

Vid behov/besvär _____

Regelbundet _____

För andra sjukdomar _____

Går du regelbundet på kontroll för någon annan sjukdom?

Ja

Nej

Vilken/vilka? _____

Vilken läkare går du hos/var? _____

Har du tidigare vårdats på sjukhus eller utretts för någon sjukdom?

Ja

Nej

Vilken/var? _____

Vad förväntar du dig av besöket vid astma-allergimottagningen? _____

Tack för hjälpen!