

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

На проведение всесторонней диагностики аллергии

Имя, фамилия пациента

Адрес

Дата рождения

Пол

Номер телефона

Адрес эл. п.

Какие из следующих симптомов у Вас (пациента) проявлялись?

(Отметьте все симптомы, которые проявлялись)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Сенная лихорадка | <input type="checkbox"/> Тошнота | <input type="checkbox"/> Запор |
| <input type="checkbox"/> «Текущий» нос | <input type="checkbox"/> Вздутие живота | <input type="checkbox"/> Проблемы с желудком |
| <input type="checkbox"/> Заложенный нос | <input type="checkbox"/> Ночной кашель | <input type="checkbox"/> Крапивница |
| <input type="checkbox"/> Проблемы с синусами | <input type="checkbox"/> Хрип | <input type="checkbox"/> Высыпания |
| <input type="checkbox"/> Чихание | <input type="checkbox"/> Одышка | <input type="checkbox"/> Молниеносное акне |
| <input type="checkbox"/> Зуд глаз | <input type="checkbox"/> Затрудненное дыхание | <input type="checkbox"/> Судороги |
| <input type="checkbox"/> Увеличенная потребность в использовании капель для носа | <input type="checkbox"/> Проблемы с занятиями спортом | <input type="checkbox"/> Экзема |
| <input type="checkbox"/> Проблемы с ушами | <input type="checkbox"/> Отхаркивание | <input type="checkbox"/> Колит |
| <input type="checkbox"/> Астма | <input type="checkbox"/> Головная боль | <input type="checkbox"/> Проблемы со сном |
| <input type="checkbox"/> Кашель | <input type="checkbox"/> Понос | <input type="checkbox"/> Изменчивое настроение |
| <input type="checkbox"/> Усталость | <input type="checkbox"/> Слабость | <input type="checkbox"/> Не проявляются никакие |

Детализируйте свои жалобы:

На протяжении какого времени Вы (пациент) страдаете от этих симптомов?

- 0 – 1 год 1 – 5 лет 5 – 10 лет 10 и более лет

В какое время у Вас (пациента) проявляются эти симптомы?

- В апреле, мае, июне В июле, августе, сентябре В октябре, ноябре, декабре
- В январе, феврале, марте Постоянно Не могу точно сказать

Бывают ли месяцы, когда симптомы не проявляются?

- ДА НЕТ

Если да, то какие это месяцы?

Что еще Вы знаете о своей аллергии (аллергии пациента)?

Знаете ли Вы точно, что у Вас (пациента) на что-то аллергия?

- ДА НЕТ

Догадываетесь ли Вы, на что у Вас (пациента) аллергия?

ДА НЕТ

Если да, то на что?

Находитесь ли Вы (находится ли пациент) в непосредственном контакте с химическими веществами, пылью?

ДА НЕТ

Есть ли у Вас (пациента) домашние животные или уличные животные?

ДА НЕТ

Если да – укажите какие

Кусала ли Вас (пациента) когда-нибудь пчела или оса?

НЕТ 1 раз 2 и более раз

Если да, какая у Вас (у пациента) была реакция на укусы?

Есть ли у Вас (пациента) аллергия на какие-либо лекарственные средства?

ДА НЕТ

Если да, то укажите какая была реакция и на какие лекарственные средства:

Курите ли Вы (курит ли Ваш пациент)?

ДА НЕТ

Если да, то как часто?

На протяжении скольких лет?

Делали ли Вы (пациент) тест на аллергию?

ДА НЕТ

Если да:

Прик-тест (метод прокалывания кожи) Анализ крови

Если тест делали, то какой был результат:

Положительный Отрицательный

Употребляли ли Вы (употреблял ли пациент) лекарственные средства против аллергии?

ДА НЕТ

Если да, то какие:

Был ли эффект?

ДА НЕТ

Нарушают ли Ваши симптомы Ваши (симптомы пациента его):

Сон Спорт Работу Комфорт Другое

Когда симптомы у Вас (пациента) становятся более ярко выраженными?

Утром Вечером

Коротко укажите бывшие аллергические реакции и, по Вашему мнению, возможные причины их возникновения (если такие реакции были).