

Behandlingsprotokol

Navn
Cpr.nr.
Produkt
Allergen

Indikation (marker med kryds):
Allergisk rhinoconjunctivitis <input type="checkbox"/>
Allergisk astma: <input type="checkbox"/>
Bi/hvæpseallergi: <input type="checkbox"/>
Læge:

Sensibilisering over for andre allergener:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Andre allergener, der behandles med:		
Opdosering:	Dato for påbegyndelse:	
Vedligeholdelse:	Dato for påbegyndelse:	
Lungefunktion(Patientens bedste)	FEV 1:	
	Peak flow:	
Anden medicin:		

