

Evalueringsskema ved allergivaccination

Dato: _____

Cpr.nr.: _____

Navn: _____

Sæt et kryds på aktuelle år: År 0

- År 1

- År 2

- År 3

Hvilke allergi(er) vaccineres du imod? _____

1. Symptomer:

Hvor meget driller allergien i øjnene, i næsen eller lungerne?

Øjne: Næse: Lunger:

Sæt et kryds på stregen for, hvor meget allergien driller dig



2. Medicinforbrug:

Har du brugt medicin til:	Hvad hedder medicinen?	Styrke	Hvor mange gange om dagen?	Hvor mange dage?
Øjnene				
Næsen				
Lungerne				

Hvor meget medicin synes du selv, at du bruger?

Lidt _____ Meget

Har du fået steroidindsprøjtning? Ja Nej

3. Livskvalitet:

Når allergien driller, er der så ting du lader være med (f.eks. spille fodbold, gå til spejder, røre ved katten)?

Skriv 3 ting som du måske ikke gør, fordi allergien driller dig

1. _____
2. _____
3. _____

Sæt kryds på stregen for, hvor meget allergien driller dig, når det er værst



4. Pollensæson/krydsallergi:

Hvordan har foråret/sommeren været for dig?

Er der nogle ting, du ikke kan spise pga. din allergi? Ja Nej

Hvilke madvarer? _____

Hvordan får du det, når du spiser dette? _____