

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 (høfeber) og/eller allergisk astma?

Ja

Nej

Hvilke symptomer oplever du?

Løbende næse

Kløende næse

Tæt næse

Nysen

Koncentrationsbesvær

Øjne løber i vand

Kløende øjne

Irriterede øjne

Træthed

Påvirkning af søvn

Åndedrætsbesvær

Trækker du vejret gennem munden

Hudsymptomer

Andet

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

Om dagen Ja

Nej

Om natten 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?
<input type="checkbox"/> Antihistamin, fx. <i>Clarityn, Aerius</i>	_____
<input type="checkbox"/> Nasalsteroid, fx. <i>Nasonex, Avamys, Flixonase, Rhinocort</i>	_____
<input type="checkbox"/> Øjendråber, fx. <i>Opatenol</i>	_____
<input type="checkbox"/> Inhalation luftrørsudvidende, fx. <i>Ventoline, Bricanyl og Buventol</i>	_____

Medicin	Hvor ofte?
<input type="checkbox"/> Inhalationssteroid, fx. <i>Spirocort, Flixotide</i>	_____
<input type="checkbox"/> Steroidinjektioner, fx. <i>Depo-medrol</i>	_____
<input type="checkbox"/> Steroid, fx. <i>Prednisolon</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?

