

pieczęta jednostki organizacyjnej

WYWIAD MEDYCZNY DO BADANIA ALEX –

Panel 296 Diagnostyka molekularna alergii z konsultacją (PAKALEX)

imię i nazwisko pacjenta nr PESEL pacjenta data urodzenia telefon kontaktowy/adres email

1. Dolegliwości/objawy jakie skłoniły pacjenta do wykonania badania (wymienić, np. kaszel, katar, świąd spojówek, obrzęki, zmiany skórne, objawy w obrębie jamy ustnej, wstrząs):

od ilu miesięcy/lat występują w/w objawy?

czy objawy są całoroczne, czy nasilają się w zależności od pory roku (jakiej?)

2. Czy występują/występowały u Pana/Pani poniższe objawy**:

tzw. skaza białkowa (atopowe zapalenie skóry) po pokarmach, jakich?

nagła pokrzywka, obrzęk warg, obrzęk twarzy po pokarmach, jakich?

nagła duszność po pokarmach (w gardle? w klatce piersiowej?), jakich?

nagły kaszel po pokarmach, jakich?

nagłe wymioty/bóle brzucha po pokarmach, jakich?

nagły spadek ciśnienia krwi, omdlenie po pokarmach, jakich?

- spastyczne/obturacyjne zapalenie oskrzeli
- astma, świszczący oddech
- kaszel po wysiłku
- katar, kichanie sezonowe (wiosna, lato, jesień, zima)
- katar całoroczny, długotrwały
- zapalenie spojówek sezonowe (wiosna, lato, jesień, zima)
- objawy w związku ze spożywanymi pokarmami, którym towarzyszył wysiłek fizyczny, po jakich pokarmach?

- świąd w jamie ustnej po pokarmach, jakich?

3. Czy jest kontakt ze zwierzętami? (wymień jakie i jakie są ew. objawy uczulenia)

4. Czy występowały kiedykolwiek objawy nadwrażliwości (jeśli tak, to na jakie):

Leki:

Pokarmy:

Lateks:

Ukąszenia owadów:

5. Czy jest Pan/Pani na diecie (jakiej?)

6. Czy były wykonywane badania diagnostyczne w kierunku alergii (badania z krwi, testy skórne)? Rok wykonania, dokładne wyniki dodatnie, (prosimy o zabranie ze sobą kserokopii historycznych wyników):

7. Przyjmowane obecnie leki, suplementy diety:

Data, czytelny podpis pacjenta i/lub jego przedstawiciela ustawowego***

* Numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

** Zaznacz właściwe.

*** Jeżeli pacjent nie ukończył 18. roku życia, podpis składa rodzic lub opiekun prawny, przy czym w przypadku pacjentów w wieku 16-18 lat podpisuje i pacjent, i jego przedstawiciel ustawowy.