

# Allergiformulär –att lämna inför läkarbesöket

Datum: \_\_\_\_\_ Barnets namn: \_\_\_\_\_ Pers.nr. \_\_\_\_\_

Anledning till besöket: \_\_\_\_\_

- Barnets födelsevikt: \_\_\_\_\_ g    Barnets födelselängd: \_\_\_\_\_ cm
- Barnet är fött i vecka:  <28     28-32     33-37     >37
- Har barnet ammats?  
 Nej    Ja, i...     <4 mån     4-6 mån     6-12 mån     >12 mån
- Har barnet fått bröstmjölk ersättning?  
 Nej     Ja: i åldern...     <4 mån     4-6 mån     6-12 mån     >12 mån
- Hur gammalt var barnet vid introduktion av smakportioner?  
 <4 mån     4-6 mån     6-12 mån     >12 mån
- Har barnet fått vaccinationer enligt BVC-program:  
 Ja  
 Nej, varför? \_\_\_\_\_
- Har barnet haft någon tillväxtavvikelse:  
 Nej  
 Ja, barnet följde inte sin förväntade...     Längd     Vikt     Huvudomfång
- Hur många syskon har barnet?  
 0     1     2     3     4     >4
- Barnets ordning i syskonskaran:  
 1     2     3     4     >4
- Barnets nuvarande boende?  
 Fristående hus/radhus     Lägenhet     Lantbruk  
 Delat boende    ( hus/hus     hus/lägenhet     lägenhet/lägenhet)
- Barnet vistas vanligtvis dagtid i/hos...  
 Hemmet     Förskola     Familjedaghem  
 Skola     Fritidsverksamhet     Annan vårdnadshavare
- Förekommer allergisk sjukdom hos annan familjemedlem? (Sätt kryss i aktuell ruta även om besvären försvunnit)  
 Nej  
 Ja, astma     Förälder, vilken? \_\_\_\_\_     Syskon  
 Ja, allergiska näs-/ögonbesvär     Förälder, vilken? \_\_\_\_\_     Syskon  
 Ja, eksem/nässelutslag     Förälder, vilken? \_\_\_\_\_     Syskon  
 Ja, pollenallergi     Förälder, vilken? \_\_\_\_\_     Syskon  
 Ja, pälsdjursallergi     Förälder, vilken? \_\_\_\_\_     Syskon  
 Ja, födoämnesallergi     Förälder, vilken? \_\_\_\_\_     Syskon

13. Förekommer nikotinanvändning i barnets hem?

- Nej
- Cigaretter/pipa       Förälder, vilken? \_\_\_\_\_       Syskon
- E-cigaretter       Förälder, vilken? \_\_\_\_\_       Syskon

14. Använde barnets (biologiska) mor nikotin under graviditet/amning?

- Nej
- Cigaretter/pipa       Förälder, vilken? \_\_\_\_\_       Syskon
- E-cigaretter       Förälder, vilken? \_\_\_\_\_       Syskon

15. Finns problem med boendemiljön i barnets nuvarande bostad?

- Nej
- Ja, i vilken form?       Fuktskada       Dålig ventilation/kondensbildning på fönster
- Tät trafik utanför bostad       Luftförorenande industri i närheten
- Annat, vad? \_\_\_\_\_

16. Finns det husdjur i barnets nuvarande boende/dagliga miljö?

- Nej
- Ja, vilken sort?       Katt       Hund       Kanin/marsvin
- Råtta/mus       Fåglar       Häst
- Annat, vad? \_\_\_\_\_

17. Har eller har barnet haft någon sjukdom eller funktionsnedsättning?

- Nej
- Ja, vilken/vilka? \_\_\_\_\_

18. Har barnet varit inlagd på sjukhus?

- Nej
- Ja, när och varför? \_\_\_\_\_

19. Har barnet haft/behandlats för något av nedanstående?

- |   |                              |                             |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Lunginflammation                          | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Fler än 4 öroninflammationer per år       | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Förstorad körtel bakom näsan              | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Förstorade halsmandlar                    | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Falsk krupp mer än 1 gång                 | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Förkylning fler än 8 gånger per år        | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Långdragna förkylningar (>1 vecka)        | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Snarkningar/andningsuppehåll              | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Sover med öppen mun utan att vara förkyld | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

Har eller har barnet/ungdomen haft eksem?

- Nej, gå vidare till fråga 24
- Ja, har pågående besvär, från vilken ålder? \_\_\_\_\_
- Ja, eksemen har läkt ut, från vilken ålder? \_\_\_\_\_

20. Eksemet sitter mest...

- I ansikte/hårbotten       På mage/rygg       I blöjområdet
- I arm- och knäveck       På händer/handlovar       På fötter
- Annat område, var? \_\_\_\_\_

21. Barnets eksem...

- Orsakar klåda som stör nattsömnen
- Orsakar klåda som påverkar barnets koncentrationsförmåga
- Försämras av infektioner/förkylningar
- Försämras av viss mat (Ange vilket/vilka livsmedel i fråga 38)
- Försämras vid pälsdjurskontakt/pollen (Ange vilket/vilka i fråga 34)
- Försämras viss tid på året, vilken? \_\_\_\_\_
- Har försämrats senaste året

22. Vilken/vilka läkemedel används för behandling av eksemet?

Salva/Kräm/Läkemedel	Styrka	Dosering

23. Har eller har barnet haft nässelutslag?

- Nej, gå vidare till fråga 26  
 Ja en gång, vid vilken ålder? \_\_\_\_\_  
 Ja 2-5 gånger, från vilken ålder? \_\_\_\_\_  
 Ja mer än 5 gånger, från vilken ålder? \_\_\_\_\_

24. Barnets nässelutslag...

- Triggas av infektioner/förkylningar  
 Triggas av viss mat (ange vilket/vilka livsmedel i fråga 38)  
 Triggas vid pälsdjurskontakt/pollen (ange vilket/vilka i fråga 34)  
 Triggas av läkemedel vilket? \_\_\_\_\_  
 Triggas av kyla/värme  
 Triggas av ansträngning  
 Triggas av annat, vad? \_\_\_\_\_  
 Har försämrats senaste året

25. Har eller har barnet haft allergiska besvär från ögon/näsa?

- Nej, gå vidare till fråga 30  
 Ja, från vilken ålder? \_\_\_\_\_

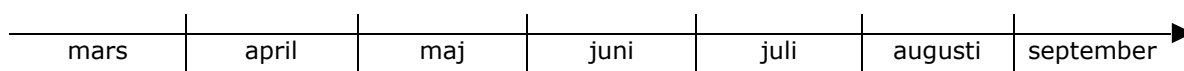
26. Barnet har besvär av...

- Näsklåda/nysningar       Nästäppa       Rinnsnuva       Rodnade kliande ögon  
 Ögonsvullnad       Rinnande ögon

27. Barnets ögon/näsbesvär...

- Förekommer även nattetid: hur ofta? \_\_\_\_\_  
 Kan förekomma samtidigt med hosta/pipande andning  
 Förekommer vid pälsdjurskontakt/pollen? (Ange vilket/vilka i fråga 34)  
 Har försämrats senaste året  
 Förekommer hela året  
 Förekommer viss tid på året, vilken? \_\_\_\_\_

Vid vår- och sommarbesvär – rita in besvärsperiodens längd!



28. Vilken/vilka läkemedel används för behandling av ögon/näsbesvären?

Läkemedel	Styrka	Dosering

29. Har eller har barnet haft astma/luftrörsbesvär?

- Nej, gå vidare till fråga 34  
 Ja, har pågående besvär, från vilken ålder? \_\_\_\_\_  
 Astman har läkt ut, från vilken ålder? \_\_\_\_\_

30. Barnet har besvär av...

- Långdragen hosta       Hostattacker       Slem i luftrören  
 Andnöd/tung andning       Pipig/väsande andning       Ont/trångt i bröstet

## 31. Barnets astma/luftrörsbesvär...

- Förekommer även nattetid, hur ofta? \_\_\_\_\_
- Förekommer vid förkylning
- Förekommer vid pälsdjurskontakt/pollen (ange vilket/vilka i fråga 34)
- Förekommer vid kontakt med starka dofter/tobaksrök
- Förekommer vid ansträngning och/eller vid skratt/gråt
- Förekommer vid kyla
- Förekommer viss tid på året, vilken? \_\_\_\_\_
- Har försämrats senaste året

## 32. Vilken/vilka läkemedel används för behandling av astma/luftrörsbesvären?

Läkemedel	Styrka	Dosering

## 33. Har barnet reagerat med allergiska besvär vid kontakt pälsdjur/pollen?

- Nej, gå vidare till fråga 35
- Ja, ange vilket/vilka symtom kontakten orsakat:

	Eksem/kliande utslag	Ögon-/näsbesvär	Andningsbesvär	Andra besvär
Katt				
Hund				
Häst				
Kanin/Marsvin/Hamster				
Lövträd				
Gräs				
Annat, vad?				

## 34. Har barnet reagerat med allergiska besvär vid intag av något livsmedel?

- Nej, gå vidare till slutet av formuläret
- Ja, har pågående besvär, från vilken ålder? \_\_\_\_\_
- Matallergi har läkt ut, från vilken ålder? \_\_\_\_\_

## 35. Barnet har efter intag av livsmedel fått besvär av...

- Kräkningar     Diarréer     Blod i avföringen     Förstoppning     Eksem
- Nässelutslag     Klåda i munnen     Läpp-/ansiktssvullnad     Andningsbesvär
- Annat, vad? \_\_\_\_\_

## 36. Barnets matallergi...

- Startade redan medan barnet helammades
- Startade vid introduktion av smakportioner
- Orsakar symtom vid hudkontakt
- Orsakar symtom vid luftburen kontakt
- Har försämrats senaste året

37. Ange vilket/vilka livsmedlet som orsakat allergiska symtom:

	Klåda i munnen/ svullen läpp	Kräkning	Diarré/ont i magen	Eksem/ kliande utslag	Andningsbesvär	Andra besvär
Mjök						
Bröstmjölksersättning						
Soja						
Ägg						
Vetemjöl						
Havre						
Fisk						
Skaldjur						
Kyckling						
Jordnöt						
Nötter/mandel						
Annat, vad?						

38. Ange vilket/vilka livsmedel barnet undviker:

	Aldrig ätit	Undviker helt	Undviker delvis	Kan äta tillagat	Ange tid (månad+år) vid senaste intag av livsmedlet
Mjök					
Soja					
Ägg					
Vetemjöl					
Havre					
Fisk					
Skaldjur					
Kyckling					
Jordnöt					
Nötter/mandel					
Annat, vad?					

39. Vilken/vilka läkemedel används för behandling av matallergin?

Läkemedel	Styrka	Dosering

Vårdnadshavare 1

Namn: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavare 2

Namn: \_\_\_\_\_