

Allergiformulär –att lämna inför läkarbesöket

Datum: _____ Barnets/ungdomens namn: _____ Pers.nr. _____

Anledning till besöket: _____

Fyll i formuläret tillsammans med barnet/ungdomen

- Barnets födelsevikt: _____ g Barnets födelselängd: _____ cm
- Barnet är fött i vecka: <28 28-32 33-37 >37
- Har barnet ammat?
 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-/skolhälsovårdsprogram:
 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 Skola Fritidsverksamhet Annan vårdnadshavare
- Förekommer astma och/eller 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/ungdomens hem?
- Nej
- Cigaretter/pipa Förälder, vilken? _____ Syskon
- E-cigaretter Förälder, vilken? _____ Syskon
14. Finns problem med boendemiljön i barnets/ungdomens nuvarande bostad?
- Nej
- Ja, i vilken form? Fuktskada Dålig ventilation/kondensbildning på fönster
- Tätt trafik utanför bostad Luftförorenande industri i närheten
- Annat, vad? _____
15. Finns det husdjur i barnets/ungdomens nuvarande boende/dagliga miljö?
- Nej
- Ja, vilken sort? Katt Hund Kanin/marsvin
- Råtta/mus Fåglar
- Annat, vad? _____
16. Är det någon i familjen som rider?
- Nej
- Ja, barnet/ungdomen själv Ja, annan familjemedlem
17. Har eller har barnet/ungdomen haft någon sjukdom eller funktionsnedsättning?
- Nej
- Ja, vilken/vilka? _____
18. Har barnet/ungdomen varit inlagd på sjukhus?
- Nej
- Ja, när och varför? _____
19. Har barnet/ungdomen haft/behandlats för något av nedanstående?
- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Lunginflammation | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Fler än 3 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 5 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 |
20. 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? _____
21. Eksemet sitter mest...
- I ansikte/hårbotten På mage/rygg I armhåla/ljumskar
- I arm- och knäveck På händer/handlovar På fötter
- Annat område, var? _____
22. Barnets/ungdomens 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

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

| Salva/Kräm/Läkemedel | Styrka | Dosering |
|----------------------|--------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

24. Har eller har barnet/ungdomen 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? _____

25. 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

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

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

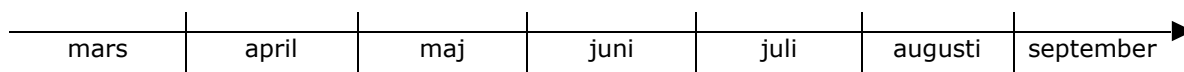
27. Barnet har besvär av...

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

28. Barnets/ungdomens 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!



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

| Läkemedel | Styrka | Dosering |
|-----------|--------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

30. Har eller har barnet/ungdomen haft astma/luftrörsbesvär?

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

31. Barnet/ungdomen har besvär av...

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

32. Barnets/ungdomens 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
 Förekommer vid kyla
 Förekommer viss tid på året, vilken? _____
 Begränsat deltagande i skolgymnastik/träning
 Har försämrats senaste året

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

| Läkemedel | Styrka | Dosering |
|-----------|--------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

34. Har barnet/ungdomen 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? | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

35. Har barnet/ungdomen reagerat med allergiska besvär vid intag av något livsmedel?

- Nej, gå vidare till slutet av formuläret
 Ja, har pågående besvär, från vilken ålder? _____
 Matallergin har läkt ut, från vilken ålder? _____

36. Barnet/ungdomen har efter intag av livsmedel fått besvär av...

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

37. Barnets/allergi matallergi...

- Startade vid introduktion av smakportioner
 Orsakar symtom vid hudkontakt
 Orsakar symtom vid luftburen kontakt
 Har försämrats senaste året

38. 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? | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

39. Ange vilket/vilka livsmedel barnet/ungdomen 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? | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

| Läkemedel | Styrka | Dosering |
|-----------|--------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

Vårdnadshavare 1

Namn: _____

Vårdnadshavare 2

Namn: _____