

WYWIAD DO BADANIA

ALEX: Molekularna diagnostyka alergii IgE-zależnej

Wypełnienie poniższego formularza jest niezbędne do prawidłowej specjalistycznej interpretacji wyniku badania

ALEX: Molekularna diagnostyka alergii IgE-zależnej.

1. Czy kiedykolwiek występowały u Pani/Pana, któreś z wymienionych niżej objawów?

- pokrzywka, świąd, obrzęk warg, języka, twarzy po spożyciu pokarmów
(jakich?
- nudności, wymioty, bóle brzucha po spożyciu pokarmów
(jakich?
- nagła duszność, świsty po spożyciu pokarmów
(jakich?
- wstrząs anafilaktyczny (spadek CTK, utrata przytomności) po spożyciu pokarmów
(jakich?
- występowanie jakichkolwiek z w/w objawów bez związku ze spożywanym pokarmami, z
innych powodów
(jakich?
- nasilony wyprysk, świąd skóry, rozpoznane, atopowe zapalenie skóry
(w jakich okolicach?.....)
- rozpoznana astma oskrzelowa
- duszność związana z wysiłkiem
- objawy zapalenia spojówek (świąd, pieczenie, łzawienie oczu)
- objawy (pokrzywka, duszność, omdlenie/utrata przytomności) w związku z wysiłkiem
fizycznym, po uprzednim spożyciu określonych pokarmów
(jakich?
- wodnisty katar, świąd nosa, napady kichania
(w jakich miesiącach?

2. Od ilu miesięcy/lat występują powyższe objawy?

.....

- 3. Czy zaobserwował/a Pan/Pani sezonowość objawów (pojawianie się lub nasilanie objawów w zależności od pory roku)?**
- TAK (w jakim okresie
 - NIE
- 4. Czy występują wymienione objawy alergiczne w czasie lub po kontakcie ze zwierzętami?**
- TAK (jakimi?
 - NIE
- 5. Czy występowały u Pana/Pani objawy nadwrażliwości na:**
- leki (przeciwbólowe, znieczulające miejscowo, antybiotyki, leki znieczulenia ogólnego, lub inne)
 - użądlenia przez owady (osa, pszczoła, szerszeń)
 - inne substancje (jakie?
- 6. Czy stosuje Pan/Pani dietę z ograniczeniem lub wyłączeniem pokarmów?**
- TAK (jakich?
 - NIE
- 7. Czy miał Pan/Pani uprzednio diagnostykę alergologiczną (testy skórne, badania z krwi)?**
- TAK (*Prosimy o załączenie kserokopii lub opis badań w panelu konsultacji*)
 - NIE
- 8. Czy choruje Pani/Pan przewlekle?**
- TAK (na co?
 - NIE
- 9. Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś stałe leki?**
- TAK (jakie?
 - NIE