



Svenska barnläkarföreningen
Sektionen för barnallergologi
Reviderad 2010

Allergifrågeformulär –att lämna inför läkarbesöket

Markera med kryss i lämpliga rutor

Barnets efternamn - och förnamn _____

personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--

Formuläret ifyllt (datum) _____

Anledning till besöket _____

Allergiska sjukdomar i barnets släkt (gäller även besvär som har försvunnit)

Ärftlighet	Astma	Allergi näsa/ögon	Eksem	Nässelutslag	Matallergi	Annat
Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra släktingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hem, familj och skola

Moderns namn _____ Moderns yrke _____

Faderns namn _____ Faderns yrke _____

Antal vuxna i hemmet _____ Antal hemmavarande barn _____ Ange syskonens kön och födelseår _____

Barnet vistas dagtid i :

hemmet förskola familjedaghem Eftermiddagshem ("fritids") Ofta hos annan vårdnadshavare

Skolans/förskolans namn _____ Årskurs _____

Bostad och miljö

Antal rum _____ Barnet har bott i nuvarande bostad sedan _____ Villa/radhus Flerfamiljshus

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fuktskada | <input type="checkbox"/> Obehaglig lukt i bostaden | <input type="checkbox"/> Kondensbildning på fönster |
| <input type="checkbox"/> Barnet sover ofta i föräldrarnas sängar | <input type="checkbox"/> "Torr luft" i bostaden | <input type="checkbox"/> Djurfäll/tagelstoppade möbler |
| <input type="checkbox"/> Luftförorenande industri i närheten | <input type="checkbox"/> Stall eller ladugård i närheten | <input type="checkbox"/> Tät trafik utanför bostaden |

Rökning

Rökning förekommer i hemmet:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inomhus | <input type="checkbox"/> Utomhus | <input type="checkbox"/> Rökning förekommer i annan miljö |
| <input type="checkbox"/> Patienten/Ungdomen röker | <input type="checkbox"/> Rökning under graviditet/amning | |

Djurkontakter

Hund Möss/råttor Katt Fåglar Marsvin/Hamster

Andra djur Vilka? _____

Var träffar barnen djuren? _____





Barnets mat, vaccinationer

Till vilken ålder fick barnet bröstmjölk? _____

Vid vilken ålder fick barnet första gången tillägg/välling? _____

Är barnet vaccinerat enligt rekommendation från BVC? _____

Vaccinationskomplikationer? _____

Tidigare sjukdomar

Barnet har/har haft någon sjukdom eller handikapp Vilken/vilka? _____

Barnet har legat på sjukhus Var, när och varför? _____

Barnet har skrapats bakom näsan Barnet har haft öroninflammation mer än 4 gånger

Barnet har haft falsk krupp mer än 1 gång Barnet har haft lunginflammation

Barnet har haft mag/tarmsjukdom längre än 3 v

Hur många förkylningar har barnet haft senaste året? _____

Hur många dagar brukar förkylningarna som regel hålla på? _____

Barnet brukar snarka eller sova med öppen mun utan att vara förkyld

Att besvara vid eksem (ifylles även om denna inte längre ger symtom)

Vid vilken ålder började eksemet? _____ Var började eksemet? _____

Var sitter eksemet mest? _____

Eksemet finns hela året Försämras viss årstid, vilken? _____

Eksemet försämras av födoämnen. Ange vilka på sid 4! Av annat, vad? _____

Barnet brukar ha klåda så att nattsömn störs Om eksemet är läkt – från vilken ålder?

Vilka krämer/salvor behandlas eksemet med? _____

Att besvaras vid födoämnesöverkänslighet (ifylles även om denna inte längre ger symtom)

Barnet tål ej vissa födoämnen Barnet har tidigare ej tålt vissa födoämnen. Ange vilka på sid 4!

Barnet tål nu all mat Barnet har/har haft besvär från: mag/tarmkanalen huden

Andra besvär, vilka? _____

Att besvara vid nässelutslag

Vid vilken ålder hade barnet nässelutslag första gången? _____

Besvären har förekommit: 1 gång 2 – 5 gånger mer än 5 gånger

När hade barnet nässelutslag senast? _____

Nässelutslag orsakades av: köld/värme födoämnen, ange på sidan 4! medicin

annat, vad? _____





Att besvara vid allergiska besvär från näsa/ögon

Vid vilken ålder började besvärerna? _____

- Barnet brukar ha besvär av:
- rinnsnuva nästäppa näsklåda/nysning
- rodnade, kliande ögon/ögonsvullnad Barnet har besvär även natteid
- Barnet kan ha pipande andning/hosta i samband med ögon/näsbesvärerna
- Besvärerna förekommer hela året endast vid djurkontakt endast vår/sommar
- mest vår/sommar

Vid vår- och sommarbesvär – rita in besvärperiodens längd!



Vilka mediciner brukar barnet använda? _____

Att besvara vid astma/luftvägsbesvär

Vid vilken ålder började barnets besvär? _____

- Barnet brukar ha:
- långdragen hosta/hostattacker pipande andning andnöd och tung andning
- Besvärerna kan förekomma när som helst under året är mest uttalad viss årstid
- Besvärerna förekommer endast under viss årstid, vilken: _____
- Barnet får besvär vid förkylning Kontakt med djur, pollen etc, ange vilka på sid 4!
- Vid kontakt med starka dofter, tobaksrök etc, ange vilka på sid 4! Vid ansträngning
- skratt eller gråt kyla

- Det senaste året har barnet haft besvär:
- 1 – 4 gånger 4 – 6 gånger 1 gång/månad
- 1 gång/vecka varje dag ofta på natten

- Barnets astma har jämfört med tidigare :
- ökat det senaste året minskat det senaste året

- Barnet kan inte delta i skolidrott i full utsträckning

Vilka mediciner brukar barnet använda? _____

Allergi allmänt

Markera med kryss om barnet reagerat med allergiska besvär vid besök på någon av nedan uppräknade platser

	Astma	Snuva/ögonbesvär	Eksem	Andra besvär
Cirkus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Djurpark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ladugård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hölada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommarstuga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annan plats, var? _____





Markera med kryss om barnet har reagerat med något eller några allergiska besvär (även klåda i gommen, blåsor i munnen, svullna ögonlock) vid kontakt av olika slag (förtäring, beröring, inandning) med något av de nedan uppräknade

		Astma	Snuva/ögonbesvär	Eksem	Andra besvär
	Damm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Djur	Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Katt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Häst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Marsvin/hamster/kanin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andra djur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frömjöl pollen)	Lövträd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gräs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blommor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mat	Ägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mjök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jordnötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nötter/mandel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Färgämnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Konserveringsmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Annan mat:	Vad: _____			
Övrigt	Tobaksrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Parfym/målarfärg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Är det några mediciner barnet inte tål? _____

Tack för att ni tog er tid att fylla i detta formulär!

