

UPPFÖLJNING AV HYPOSENSIBILISERINGSBEHANDLING, utvärdering

Namn _____

datum: ___/___/20___

Tack för att Ni svarar på detta frågeformulär. Ifall formuläret är riktat till barn <18 år önskar vi att en förälder fyller i blanketten tillsammans med barnet.

Bedöm svårighetsgraden på följande symptom under den senaste pollentiden.
Andra hyposens.behandlingar än pollen: bedöm symptomen under det senaste året.

RINGA IN SVÅRIGHETSGRADEN SOM MOTSVARAR DINA SYMPTOM

SYMPTOM	0 inga problem	1 ytterst lite problem	2 lite problem	3 måttliga problem	4 svåra problem	5 mycket svåra problem
Trötthet	0	1	2	3	4	5
Sömnsvårigheter	0	1	2	3	4	5
Ork	0	1	2	3	4	5
Irritation	0	1	2	3	4	5
Svindel	0	1	2	3	4	5
Öron-, näsa-, halssymptom:						
Slem i svalget	0	1	2	3	4	5
Torrhet i halsen	0	1	2	3	4	5
Tryckkänsla i ansiktet	0	1	2	3	4	5
Klåda i näsan, nysningar	0	1	2	3	4	5
Stockad näsa	0	1	2	3	4	5
Tjockt slem i näsan	0	1	2	3	4	5
Försämrat luktsinne	0	1	2	3	4	5
Snarkningar	0	1	2	3	4	5
Öronvärk	0	1	2	3	4	5
Ögonsymptom:						
Klåda	0	1	2	3	4	5
Rodnad	0	1	2	3	4	5
Vätskande ögon	0	1	2	3	4	5
Sveda i ögonen	0	1	2	3	4	5
Lungsymptom:						
Hosta	0	1	2	3	4	5
Vinande/pipande andning	0	1	2	3	4	5
Tryckkänsla på bröstet	0	1	2	3	4	5
Bröstsmärtor	0	1	2	3	4	5
Upphostningar, slem	0	1	2	3	4	5

Innan eller under hyposensibiliseringsbehandlingen; hur många gånger per år inträffade något av följande:

Jag var tvungen att vara borta från arbetet eller skolan p.g.a. allergi, astma, bihåle- eller öroninflammation _____ gånger
 Jag var tvungen att uppsöka läkare p.g.a. allergiska besvär _____ gånger
 Jag hade antibiotikakur för bihåle-, luftrörs- eller öroninflammation _____ gånger
 Åt mig gjordes åtgärder eller operationer i bihålorna eller jag fick ventilationsrör i öronen _____ gånger

**Innan eller under hyposensibiliseringsbehandlingen; vilka mediciner använde du för allergiska besvär?
 Fyll i namn på medicinerna och kryssa i användning (regelbundet eller vid behov):**

	regelbundet	vid behov
Allergi ögondroppar _____	_____	_____
Antihistamin ögondroppar _____	_____	_____
Antihistamin tablett eller mixtur _____	_____	_____
Kortisonspray för näsan _____	_____	_____
Annan allergi-nässpray _____	_____	_____
Andra öppnande preparat _____	_____	_____
Kortisonspray för lungorna _____	_____	_____
Öppnande astma-inhalationer _____	_____	_____
Andra läkemedel, vilka? _____	_____	_____