

АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ | Опишите Ваши симптомы или симптомы Вашего ребенка. Отметьте галочкой или заполните!

ДА	НЕТ	РЕСПИРАТОРНЫЕ СИМПТОМЫ	В какие месяцы симптомы наиболее выражены?													
			янв	фев	мар	апр	май	июн	июл	авг	сен	окт	ноя	дек		
		Установленная бронхиальная астма														
		Частые бронхиты														
		Свистящие дыхание														
		Кашель затрудненное дыхание														
		Чувство сдавления или боли в груди														
		Ночные симптомы (опишите)														
В каком возрасте появились симптомы?																
Какие факторы ухудшают респираторные симптомы?																
Какие лекарства или другие меры Вам помогают?																

ДА	НЕТ	НОС И ОКОЛОНОСОВЫЕ СИНУСЫ	В какие месяцы симптомы наиболее выражены?													
			янв	фев	мар	апр	май	июн	июл	авг	сен	окт	ноя	дек		
		Выделения из носа														
		Выделения по задней стенке ротоглотки														
		Зуд в носу														
		Чихание														
		Заложенность носа														
		Синусит														
		Ночные симптомы (опишите)														
В каком возрасте появились симптомы?																
Какие факторы ухудшают назальные симптомы?																
Какие лекарства или другие меры помогают Вам?																

ДА	НЕТ	ГЛАЗА	В какие месяцы симптомы наиболее выражены?													
			янв	фев	мар	апр	май	июн	июл	авг	сен	окт	ноя	дек		
		Зуд в глазах														
		Отек глаз														
		Раздражение глаз или ощущение инородного тела														
		Красные глаза														
		Слезотечение														
		Сухие глаза														
В каком возрасте появились симптомы?																
Какие факторы ухудшают глазные симптомы?																
Какие лекарства или другие меры помогают Вам?																

ДА	НЕТ	КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ	В какие месяцы симптомы наиболее выражены?													
			янв	фев	мар	апр	май	июн	июл	авг	сен	окт	ноя	дек		
		Установленный атопический дерматит														
		Периодическая экзема														
		Сухая и раздраженная кожа														
		Покраснение кожи (эритема)														
		Крапивница														
		Отек губ языка гортани														
		Отек лица глаз														
		Отек рук ног														
В каком возрасте появились симптомы?																
Какие факторы ухудшают кожные симптомы?																
Какие лекарства или другие меры помогают Вам?																

ДА	НЕТ	ЧАСТЫЕ ИНФЕКЦИИ	Дата последнего заболевания	Сколько раз в году?	В каком возрасте появилось?	Какой антибиотик получали?
		Бронхит				
		Пневмония				
		Отит				
		Риносинусит				
		Хроническая диарея				
		Другие инфекции				
Нужна ли была госпитализация (сколько раз)?						

ДА	НЕТ	АЛЛЕРГИИ И НЕПЕРЕНОСИМОСТИ	С какого возраста?	Опишите симптомы
		Пищевая аллергия		
		Непереносимость лактозы		
		Непереносимость глютена		
		Лекарственная аллергия		
		Непереносимость нестероидных средств, в т.ч. Аспирин		
		Укусы насекомых		
		Косметические средства		
		Химические вещества		
		Металл (контакт)		
		Латекс		
		Другие виды		
Нужна ли была госпитализация (сколько раз)?				

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ | для пациентов до 18 лет

Заполнить

Беременность прошла с трудностями? (ДА НЕТ);	Естественные роды? (ДА НЕТ);	В срок?
Грудное вскармливание? (ДА НЕТ);	До какого возраста?	Молочные смеси? (ДА НЕТ);
С какого возраста	В каком возрасте ввели прикорм?	Коровье молоко
яйцо	Рвота, диарея, запоры, колики, вздутие живота,	сыпь на коже в первый год жизни?
Вес ребенка в 1 год:	Вакцинация:	ДА (согласно календарю) НЕТ ДА (с опозданием)

	Нет	Болею	В прошлом
Гипертензия / Гипотензия			
Ожирение			
Ишемическая болезнь сердца			
Инсульт			
Аутоиммунные заболевания			
Болезни щитовидной железы			
Болезни печени			
Вирусный гепатит В, С, D			
Заболевания желчного пузыря			
Заболевания поджелудочной железы			
Гельминты / Паразиты			
Заболевания желудка			
Болезни пищевода			
Болезни почек			

	Ну	Болею	В прошлом
Депрессия / Тревога			
Мигрень / Головная боль			
ЛОР заболевания			
Эпилепсия / Конвульсии			
Глаукома			
Катаракта			
Сахарный диабет			
Онкологические / Гематологические заболевания			
Туберкулез			
Эмфизема легких			
ВИЧ / СПИД инфекция			
Хирургические вмешательства			
Гинекологические заболевания			
Псориаз			

ИСТОРИЯ СЕМЬИ | Состояние здоровья членов семьи (аллергические заболевания)

	Возраст	Симптомы
Мать		
Отец		
Братья, сестры		
Дети		
Бабушки, дедушки		

УСЛОВИЯ ЖИЛЬЯ |

ГОРОД

СЕЛО

ПРИГОРОД

Отметьте галочкой или заполните!

Тип жилья:	дом на земле	многоэтажный дом, этаж	дата застройки
Тип отопления:	паровой	напольный	электрический газовый дровяной печной
Кондиционер:	центрального типа		индивидуального типа отсутствует
Тип пола:	дерево	линолеум	ковролин керамическая плитка
Тип матраса:	не знаю	натуральный	синтетический дата приобретения
Подушка, одеяло:	не знаю	перо	синтетика шерсть дата приобретения
Ковры:	отсутствуют	шерсть	синтетика состав не известен
Плюшевые игрушки:	нет	есть	
Насекомые в доме	нет	есть:	тараканы муравьи не знаю
Влажность воздуха в доме:	не знаю	влажный	сухой использую увлажнитель
Есть плесень?	нет	есть	В какой комнате?
У вас есть растения в доме?	нет	есть	оричневые пятна на листьях
Ваши симптомы ухудшаются в доме?	нет	есть	
Домашние животные в доме:	нет	есть:	
Домашние животные на улице:	нет	есть:	

Присутствие животных вызывает симптомы?	нет	есть	не знаю		
Ухудшаются ли симптомы в школе / на работе?	нет	да			
Отсутствуете в школе / на работе из-за симптомов:	нет	да, сколько дней?			
Изменение симптомов во время путешествия:	нет	не знаю	да		
Занятия, хобби:					
Активное курение:	нет	да	как долго?:	сколько сигарет в день?	
Пассивное курение (воздействие сигаретного дыма):	нет	да (дома)	да (на работе)	да (время от времени)	
Профессиональное воздействие аллергенов, ядовитых веществ:	нет	да	уточните		
Что растет в Вашем дворе:	Газонная трава	Тимофеевка	Амброзия	Полынь	другие растения
	Береза	Акация	Тополь	Орех	другие деревья
Цветение растений вызывает симптомы?	нет	да			

ТЕКУЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

Пожалуйста, напишите названия всех лекарств, которые Вы принимаете сейчас или принимали за последние 2 месяца (включая витамины и пищевые добавки).

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Анкета была заполнена

Пациент Родитель или опекун ребенка Дата