

Allergispørgeskema

Barnets navn: _____ CPR-nr: |_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|

Adresse: _____

Tlf. hjemme: _____

Mors navn _____ CPR-nr: |_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|

Fars navn _____ CPR-nr: |_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|

Mors uddannelse / arbejde: _____

Fars uddannelse / arbejde: _____

Mors arbejdsplads, tlf: _____, Fars arbejdsplads, tlf: _____

Skemaet udfyldt af: mor far andre dato: _____ Barnets alder: _____ år

Barnets fødselsvægt: |_|_|_|_| fødselslængde: |_|_|

Er barnet født til den beregnede termin: ja nej

hvis nej, angives antal uger barnet er født: _____ for tidligt: |_|_| eller for sent: |_|_|

Hvor i kroppen har barnets allergisymptomer vist sig (afkryds):

	Ja	Nej
1. Huden		
2. Maven / tarmen		
3. Luftvejene / lungerne		
4. Øjnene / næsen		
5. Andet, f.eks. insektstik. Angiv hvad:		

På de følgende sider er der mere detaljerede spørgsmål om barnets allergisymptomer

Husk:

De sidste 3 dage inden undersøgelsen må barnet så vidt muligt ikke få antihistamin (f.eks.: Aerius, Alnok, Anautin, Benaday, Benadryl, Benylan, Cetirizin, Cidron, Clarityn, Kestine, Marzine, Mepyramin, Mizollen, Periactin, Phenergan, Polaramin, Postafen, Prometazin, Sepan, Tacryl, Tavegyl, Teldanex, Telfast, Tenadin, Terfin, Trihistan, Xyzal, Zyrtec)

På undersøgelsesdagen må barnet så vidt muligt ikke få luftvejsudvidende medicin (f.eks. Airomir, Berotec, Bricanyl, Buventol, Salbudan, Salbutamol, Salbuvent, Terbasmin, Ventoline, Delnil, Foradil, Oxis, Serevent, Volmax, Seretide, Symbicort), Singulair eller Theofyllamin.

Husk at medbringe barnets medicin til undersøgelsen

Allergisymptomer

1. Hud:

Har barnet haft allergiske symptomer fra huden ja nej
 hvis nej: gå videre til spørgsmål 2; hvis ja: afkryds hvilke og hvornår (barnets alder i mdr):

	nej	ja	Fra	Til	Stadig
			Alder i mdr.		
Nældefeber Røde kløende hævelser forskellige steder på huden (ligner ofte brændenældevarbler). Holder sig ofte holder nogle timer, kan flytte sig					
Store afgrænsede hævelser f.eks. omkring øjnene, af læber eller tunge, evt. med åndenød					
Eksem Kløende, rødt og tørt udslet, evt. væskende med små blærer. Angriber samme hudområde gennem længere tid, ofte i albuebøjninger, knæhaser og på halsen. Hos småbørn ofte i ansigtet, på kinder, omkring og bag ørerne					
Andre sygdomstegn fra huden Anfør hvilke:					
<i>Hvilken årstid er hudsymptomerne værst:</i> <input type="checkbox"/> forår <input type="checkbox"/> sommer <input type="checkbox"/> efterår <input type="checkbox"/> vinter <input type="checkbox"/> ingen forskel	<i>Hvor tit har barnet haft hudsymptomer det sidste år:</i> <input type="checkbox"/> hver dag <input type="checkbox"/> mere end én gang om ugen <input type="checkbox"/> mere end én gang om måneden				
<i>Forværres hudsymptomerne af:</i> Fødevarer: nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> hvis ja hvilke: _____ Farvestoffer / konserveringsmidler: nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> hvis ja hvilke: _____ Pelsdyr: nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> hvis ja hvilke: _____ Varme eller kulde: nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Tryk mod huden: nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Andet nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , hvis ja hvad: _____					

2. Mave og / eller tarm:

Har barnet haft gentagne tilfælde af symptomer fra maven og/eller tarmen nej ja
 hvis nej: gå videre til spørgsmål 3; hvis ja: afkryds hvilke og hvornår (barnets alder i mdr):

	nej	ja	Fra	Til	Stadig
			Alder i mdr.		
Mavesmerter (kolik)					
Tynd mave uden kendt infektion (diarre)					
Opkastninger uden kendt infektion					
<i>Forværres symptomerne fra maven og/eller tarmen af:</i> Fødevarer: <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, hvis ja hvilke: _____ Farvestoffer / konserveringsmidler: <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, hvis ja hvilke: _____ Andet <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, hvis ja hvad: _____					

3. Luftveje:

Har barnet haft lægediagnosticerede symptomer fra luftvejene nej ja ,
 hvis nej: gå videre til spørgsmål 4; hvis ja: afkryds hvilke og hvornår (barnets alder i år):

	nej	ja	Fra	Til	Stadig
			Alder i år		
Astmatisk bronkitis Pibende og hvæsende vejrtrækning i forbindelse med forkølelser og andre virusinfektioner i luftvejene					
Astma Ved <i>astma</i> er der også vejrtrækningsproblemer (åndenød, pibende, hvæsende vejrtrækning, langvarig hoste) i perioder uden luftvejsinfektion					
Har barnets astma påvirket barnets daglige aktiviteter:	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja			
Har barnets astma påvirket barnets fysiske aktiviteter/sport/leg:	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja			
Har barnets astma påvirket barnets nattesøvn:	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja			
Har barnet haft talebesvær på grund af astma:	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja			
Har barnet været indlagt på grund af astma: hvis ja, antal gange: _____	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja			
Hvor tit har barnet haft astmasymptomer det sidste år (afkryds): <input type="checkbox"/> hver dag <input type="checkbox"/> mere end én gang om ugen <input type="checkbox"/> mere end én gang om måneden Hvor mange dage har barnet haft astmasymptomer det sidste år: _____ dage Forværres astmasymptomerne af (afkryds): <input type="checkbox"/> tobaksrøg <input type="checkbox"/> kulde <input type="checkbox"/> fugt <input type="checkbox"/> tåge <input type="checkbox"/> infektioner <input type="checkbox"/> anstrengelse/leg Hvilken årstid er astmasymptomerne værst: <input type="checkbox"/> forår <input type="checkbox"/> sommer <input type="checkbox"/> efterår <input type="checkbox"/> vinter <input type="checkbox"/> ingen forskel	Hvor er astmasymptomerne værst: <input type="checkbox"/> Indendørs <input type="checkbox"/> udendørs <input type="checkbox"/> hjemme <input type="checkbox"/> dagpleje/institution/skole <input type="checkbox"/> ingen forskel Forværres astmasymptomerne af: Pelsdyr: <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, hvis ja hvilke: _____ <input type="checkbox"/> Græspollen <input type="checkbox"/> birkepollen <input type="checkbox"/> andre, hvis andre, hvilke: _____ <input type="checkbox"/> Andet, hvad: _____ _____				

4. Næse og øjne (=høfeber, allergisk snue / øjenkatar):

Har barnet vedvarende / tilbagevendende symptomer fra næse og/eller øjne: nej ja ,
 hvis nej: gå videre til spørgsmål 5; hvis ja: afkryds hvilke og hvornår (barnets alder i år):

	nej	ja	Fra	Til	Stadig
			Alder i år		
Vandig snue					
Tæt, tilstoppet næse					
Kløe i næsen					
Nysen					
Kløe i øjnene					
Rindende øjne					
Opsvulmede øjne					
Røde øjne					
Har barnet symptomer mere end 4 dage om ugen i mere end 4 uger om året: <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja Påvirker symptomerne: <input type="checkbox"/> nattesøvn <input type="checkbox"/> daglige aktiviteter, leg, sport, fritid <input type="checkbox"/> skolegang Hvilken årstid er symptomerne værst: <input type="checkbox"/> forår <input type="checkbox"/> sommer <input type="checkbox"/> efterår <input type="checkbox"/> vinter <input type="checkbox"/> ingen forskel	Hvor er symptomerne værst: <input type="checkbox"/> Indendørs <input type="checkbox"/> udendørs <input type="checkbox"/> hjemme <input type="checkbox"/> dagpleje/institution/skole <input type="checkbox"/> ingen forskel Forværres symptomerne af: Pelsdyr: <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja hvis ja hvilke: _____ <input type="checkbox"/> græspollen <input type="checkbox"/> birkepollen <input type="checkbox"/> andre, hvilke: _____ Andet <input type="checkbox"/> , hvad: _____				

5. Insektstikreaktioner:

Har barnet haft alvorlig reaktion på insektstik: nej ja
hvis nej: gå videre til spørgsmål 6; hvis ja: besvares følgende:

Hvilket insekt:

- bi
- hveps
- humlebi
- andet, hvilket: _____

Hvilken måned: _____, årstal: _____

Hvor på kroppen blev barnet stukket: _____

Hvilke symptomer fik barnet:

- Stor hævelse, rødme, kløe omkring stikstedet:
- Nældefeber på andre steder end stikstedet:
- Hævelse og/eller rødme af huden på andre steder end stikstedet:
- Vejtrækningsbesvær med hørligt besværet indånding:
- Vejtrækningsbesvær med hørligt besværet udånding (astmatisk):
- Alvorlig reaktion, som har medført skadestuebesøg eller indlæggelse:

Hvis ja, hvornår og hvor: _____

6. Andre symptomer

Har barnet haft:	nej	ja	Fra	Til	Stadig
			Alder i år		
Gentagne mellemørebetændelser:					
Gentagne bihulebetændelser:					
Gentagne lungebetændelser:					

Behandling

Har barnet fået nogen form for behandling for:

Eksem:	nej <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> hvis ja, hvilken:
Præparatnavn: _____	dosis: _____
Præparatnavn: _____	dosis: _____
Præparatnavn: _____	dosis: _____
Nældefeber:	nej <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> hvis ja, hvilken:
Præparatnavn: _____	dosis: _____
Præparatnavn: _____	dosis: _____
Præparatnavn: _____	dosis: _____
Astmatisk bronkitis:	nej <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> hvis ja, hvilken:
Præparatnavn: _____	dosis: _____
Præparatnavn: _____	dosis: _____
Præparatnavn: _____	dosis: _____
Astma:	nej <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> hvis ja, hvilken:
Præparatnavn: _____	dosis: _____
Præparatnavn: _____	dosis: _____
Præparatnavn: _____	dosis: _____
Høfeber / allergisk snue/-øjenkatar:	nej <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> hvis ja, hvilken:
Præparatnavn: _____	dosis: _____
Præparatnavn: _____	dosis: _____
Præparatnavn: _____	dosis: _____

Husk at medbringe barnets medicin til undersøgelsen

Kommentarer: _____

Allergi i familien ?

Hvor mange søskende har barnet: _____, barnets nummer i søskenderækken: _____

Afkryds om barnets biologiske forældre eller helsøskende har eller har haft allergisygdom konstateret af læge

	Mor	Far	Søskende					
			1	2	3	4	5	6
1. Astma								
2. Høfeber								
3. Børne-eksem (atopisk dermatitis)								
4. Nældefeber (allergisk)								
5. Fødevareallergi/-intolerans								

Miljø

Ernæring:

Hvor længe er barnet ammet i alt, alder i hele måneder: _____ mdr.

Hvor længe er barnet udelukkende ammet, alder i hele måneder: _____ mdr.

Hvornår begyndte barnet at få tilskudskost, alder i hele måneder: _____ mdr.

Er der fødevarer, som barnet tidligere har undgået på grund af allergi: nej ja ,
hvis ja hvilke: _____

Er der fødevarer, som barnet undgår på grund af allergi: nej ja ,
hvis ja hvilke: _____

Boligforhold:

Hvordan bor barnet:

- i by
 på landet

- i lejlighed
 i parcelhus
 på landejendom

Er boligen fugtig:

- nej
 ja

hvis ja, afkryds om der er: fugt i

- barnets soverum
 fælles opholdsrum
 eller andre rum

synlig fugt på indvendig side af vægge: nej ja

synlig vækst af skimmelsvampe på indvendig side af vægge: nej ja

dug mindst 2 cm op fra nederste kant på termoruder/dobbeltruder: nej ja

Hvordan opvarmes boligen:

- Centralvarme
 El
 Gas
 Brændeovn
 Andet

Er der fast gulvtæppe i barnets soverum:

- nej ja

Hvor gammel er barnets madras (ca. i år):

_____ år

Kan barnets dyne og hovedpude vaskes ved 55°C:

- nej ja

Har barnet et særligt allergitæt madrasbetræk:

- nej ja

Husdyr:

Har der været husdyr i barnets bolig: nej ja afkryds hvilke og hvornår (barnets alder):
Hund: nej ja fra: _____ til: _____ alder i år, stadig
Kat: nej ja fra: _____ til: _____ alder i år, stadig
Gnavere, hvilke: _____ nej ja fra: _____ til: _____ alder i år, stadig
Andre, hvilke: _____ nej ja fra: _____ til: _____ alder i år, stadig

Har der været dyr i dagpleje eller institution hvor barnet er passet: nej ja
Hvis ja, hvilke: _____ fra: _____ til: _____ alder i år, stadig

Tobaksrygning:

Har barnets mor røget i graviditeten: nej ja
Har barnet dagligt været udsat for tobaksrøg i 1. leveår: nej ja

Ryger barnets mor dagligt: nej ja
hvis ja, antal cigaretter pr. dag: _____
anden tobak, art og antal pr dag _____

Ryger barnets far dagligt: nej ja
hvis ja, antal cigaretter pr. dag: _____
anden tobak, art og antal pr dag _____

Ryger barnets søskende eller andre hjemmeboende i barnets hjem dagligt: nej ja
Ryges der dagligt indendørs i barnets hjem: nej ja
hvis ja, forgår det så kun i rum hvor barnet ikke opholder sig: nej ja

Ryger barnet selv: nej ja hvis ja, fra alder i år: _____

Ryges der dagligt i dagpleje eller institution hvor barnet passes: nej ja

Pasning uden for hjemmet:

Passes barnet uden for hjemmet: nej ja

hvis ja, afkryds hvilken pasningsform

Dagpleje: nej ja fra: _____ til: _____ alder i mdr., stadig
Vuggestue/børnehave: nej ja fra: _____ til: _____ alder i mdr., stadig

Udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Dansk Pædiatrisk Selskabs Udvalg for Pædiatrisk Allergologi og Pulmonologi: Overlæge, dr.med. Arne Høst, børneafdelingen Odense Universitetshospital; Overlæge Susanne Halken, børneafdelingen Sønderborg sygehus; Overlæge Peder Daugbjerg, børneafdelingen Esbjerg sygehus og Overlæge Vagn Brændholt Jensen, børneafdelingen Kolding sygehus.