



Svenska Barnläkarföreningen
Sektionen för barn- och ungdomsallergologi
Reviderad 2015

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 barnet djuren? _____





Födelse, barnets mat, vaccinationer

Barnets födelsevikt var: _____ Är barnet fött i normal tid? Ja Nej, i graviditetsvecka: _____

Till vilken ålder fick barnet bröstmjök? _____ 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 detta 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 mat. Ange vilken på sid 4! Av annat, vad? _____

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

Vilka krämer/salvor behandlas eksemet med _____

Att besvaras vid matöverkänslighet (ifylls även om denna inte längre ger symtom)

Barnet tål ej viss mat Barnet har tidigare ej tålt viss mat. Ange på sid 4 vilken mat det gäller!

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 mat, ange på sidan 4! medicin

annat, vad? _____





Att besvara vid allergiska besvär från näsa/ögon

Vid vilken ålder började besvären? _____

- Barnet brukar ha besvär av:
- rinnsnuva nästäppa näsklåda/nysning
- rodnade, kliande ögon/ögonsvullnad barnet har besvär även nattetid
- barnet kan ha pipande andning/hosta i samband med ögon/näsbesvären
- besvären 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/luftförsbesvär

Vid vilken ålder började barnets besvär? _____

- Barnet brukar ha:
- långdragen hosta/hostattacker pipande andning andnöd och tung andning
- besvären kan förekomma när som helst under året är mest uttalad viss årstid
- besvären 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!

