

آزمایش تعیین IgE اختصاصی علیه انواع آلرژن ها

تاریخ:/...../.....	شماره پذیرش:	نام بیمار:	سن :	جنس:
ارسالی از :				
آدرس:	تلفن:			

علائم موجود در قسمت های مختلف بدن :

ریه :	بینی:	گوش:	دهان:	چشم :
پوست:	گوارش:	اعصاب:	کلیه:	مفاصل:

در اثر کدام یک از عوامل زیر بیماری شما شدیدتر می شود:

داخل منزل	خارج منزل	اتاق های منزل	پارک و باغ	صبح ها
طول روز	دارو	عصرها	شب ها	شروع شب
عطرها	گل	سرخ کردنی	حیوانات	گرما
سرما	هوای مرطوب	فشار هوا	خاک	اسپری حشره کش
تماس پوستی	جارو	عوامل عاطفی	شیرگاو	
○ فصل های مختلف (کدام :				

شرایط زیستی شما :

عمر ساختمان منزل شما:	وسیله گرمایشی:	وسیله سرمایشی:	کفپوش منزل:
جنس وسایل خواب :	اطراف منزل شما چیست؟		
شغل :	شرایط خاص شغلی :		

وضعیت سلامتی شما :

آیا بیماری یا ناراحتی خاصی دارید؟	
از چه داروهایی استفاده می کردید یا می کنید؟	
آیا مصرف دخانیات دارید؟	
آیا سابقه آلرژی قبلی دارید؟	به چه چیزی؟
آیا سابقه تزریق واکسن ضد آلرژی دارید؟	چه زمانی و چند بار؟

سوابق خانوادگی:

کدام یک از مشکلات آلرژی در کدام یک از اعضای خانواده (پدر، مادر، خواهر، برادر) شما وجود دارد؟
--

در صورت هر یک از علایم زیر شدت آن را با (شدید ۳) و (متوسط ۲) و (خفیف ۱) مشخص نمائید:			
○ آبریزش بینی	○ آبریزش چشم	○ خشکی گلو	○ گلودرد
○ عفونت گوش	○ سرفه	○ برونشیت	○ تهوع
○ درد معده	○ تاخیر در ادرار	○ سردرد	○ کهیر
○ خارش بینی	○ سرگیجه	○ خارش چشم	○ ترشح پشت حلق
○ کاهش شنوایی	○ آسم	○ درد گوش	○ خس خس سینه
○ وزوز گوش	○ کم اشتها	○ اسهال	○ افسردگی
○ خستگی عمومی	○ درد هنگام ادرار	○ دانه قرمز پوست	

گروه آلرژن درخواستی یا پیشنهادی : نتیجه بدست آمده از انجام آزمایش :

--	--

تاریخ، نام و امضاء ثبت کننده فرم : تاریخ، نام و امضاء انجام دهنده آزمایش :