

# TJEKLISTE

## Udredning af allergisk rhinitis og allergisk astma

Dato: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

CPR nr.: \_\_\_\_\_

Hvor længe har du haft symptomer på allergi? \_\_\_\_\_

Er du tidligere blevet udredt for allergisk rhinitis og/eller allergisk astma?

- Ja  
 Nej

Hvilke symptomer oplever du?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Løbende næse         | <input type="checkbox"/> Øjne løber i vand  | <input type="checkbox"/> Åndedrætsbesvær                 |
| <input type="checkbox"/> Kløende næse         | <input type="checkbox"/> Kløende øjne       | <input type="checkbox"/> Trækker du vejret gennem munden |
| <input type="checkbox"/> Tæt næse             | <input type="checkbox"/> Irriterede øjne    | <input type="checkbox"/> Hudsymptomer                    |
| <input type="checkbox"/> Nysen                | <input type="checkbox"/> Træthed            | <input type="checkbox"/> Andet                           |
| <input type="checkbox"/> Koncentrationsbesvær | <input type="checkbox"/> Påvirkning af søvn |  |

Oplever du astmasymptomer (hoste og/eller åndedrætsbesvær)?

- Om dagen  Ja  Nej  
Om natten  Ja  Nej

Er du i behandling for din allergi?

- Ja  
 Nej

Er du i behandling for din astma?

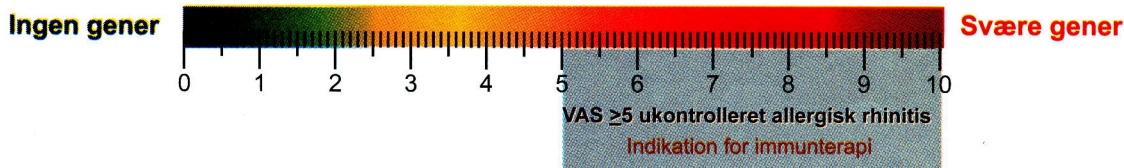
- Ja  
 Nej

Hvis ja, hvilken type af medicin bruger du?

Medicin	Hvor ofte?	Medicin	Hvor ofte?
<input type="checkbox"/> Antihistamin, fx. <i>Clarityn, Aerius</i>	_____	<input type="checkbox"/> Inhalationssteroid, fx. <i>Spirocort, Flixotide</i>	_____
<input type="checkbox"/> Nasalsteroid, fx. <i>Nasonex, Avamys, Flixonase, Rhinocort</i>	_____	<input type="checkbox"/> Steroidinjektioner, fx. <i>Depo-medrol</i>	_____
<input type="checkbox"/> Øjendråber, fx. <i>Opatenol</i>	_____	<input type="checkbox"/> Steroid, fx. <i>Prednisolon</i>	_____
<input type="checkbox"/> Inhalation luftrørsudvidende, fx. <i>Ventoline, Bricanyl og Buventol</i>	_____	<input type="checkbox"/> Andet: _____	

Symptomer trods regelmæssig brug af medicin

Hvor store gener oplever du at have pga. allergisymptomer, selvom du tager din medicin, på en skala fra 0-10, hvor 0 er ingen gener og 10 svære gener?



VAS < 5: Mild allergisk rhinitis

VAS ≥ 5: Moderat til svær allergisk rhinitis/ukontrolleret rhinitis → Indikation for immunterapi