



*AlergoCentrum*

**Dětská alergologická ambulance**

**MUDr. Hana Janíčková**

Dr. E. Beneše 5

787 01 Šumperk tel. 588 509 028, 602 319 697

## **Dotazník pacienta**

Jméno a příjmení..... rodné číslo.....

Bydliště..... telefon.....

Obv.dětský lékař..... zdrav. pojišť'ovna.....

### **Rodinné údaje:**

Vyskytuje se ve vaší rodině nějaké alergické onemocnění – rýma, astma, ekzémy, kopřivky, alergie na potraviny?

Otec..... matka..... sourozenci..... jiní.....

Trpí nebo trpěl někdo ve vaší rodině kašlem, záněty průdušek, dušností?

Otec..... matka..... sourozenci..... jiní.....

### **Osobní historie:**

Proběhl porod vašeho dítěte bez komplikací? ano..... ne.....

Jak dlouho bylo vaše dítě kojeno?.....

Prodělalo vaše dítě nějakou operaci, kdy?.....

Bylo vaše dítě vážně nemocné, bylo léčeno v nemocnici?.....

Je vaše dítě v současné době sledováno nebo léčeno pro nějakou chorobu?.....

Užívá pravidelně nějaké léky?.....

### **Projevy alergie:**

Ekzém..... Kopřivky..... reakce na bodnutí hmyzem.....

Alergie na léky.....

Alergie na potraviny.....

## Nynější obtíže:

Jaké obtíže má vaše dítě v současné době?

Rýma..... dušnosti..... kašel..... oční potíže.....

Kopřivky..... ekzém..... otoky.....

Opakované infekce.....

V jakém období jsou potíže nejvýraznější?

leden únor březen duben květen červen červenec srpen září říjen listopad prosinec

Jsou potíže závislé na počasí?

Slunečno..... deštivo..... chladno.....

Jsou potíže závislé na prostředí?

Doma..... uvnitř budov..... v přírodě.....

Mění se potíže během dne? Kdy jsou největší?

Ráno..... během dne..... večer..... v noci.....

Čím jsou potíže obvykle vyvolány?.....

.....

Jakou léčbu vaše dítě užívalo nebo užívá?.....

.....

## Sociální situace:

Bydlení: rodinný dům..... byt.....

Zvířata v domácnosti:.....

Lůžkoviny: peří..... duté vlákno..... jiné.....

Kouření v bytě:                      ano                      ne

Koníčky, sport:.....