

QUESTIONARIO ALLERGOLOGICO

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____

Mansione _____

SEZIONE 1

SA DI ESSERE ALLERGICO AL LATTICE ? (S) (N)

HA NOTATO LA COMPARSA DELLE SEGUENTI REAZIONI DOPO CONTATTO CON GUANTI E/O ALTRI MANUFATTI DI GOMMA E/O DI LATTICE ?

- Orticaria (s) (n)
- Gonfiore al viso o alle labbra (s) (n)
- Arrossamento occhi o gonfiore alle palpebre (s) (n)
- Eczema alle mani (s) (n)
- Raffreddore e/o prurito nasale (s) (n)
- Congiuntivite (s) (n)
- Asma (s) (n)
- Shock anafilattico (s) (n)

HA AVUTO REAZIONI ALLERGICHE DOPO ASSUNZIONE O CONTATTO CON I SEGUENTI ALIMENTI/PIANTE ?

- Banana (s) (n)
- Kiwi (s) (n)
- Castagna (s) (n)
- Arachide (s) (n)
- Avocado (s) (n)
- Papaya (s) (n)
- Ananas (s) (n)
- Ficus benamina (s) (n)

SEZIONE 2

QUALCUNO FRA I SUOI PARENTI STRETTI SOFFRE DI QUALCHE PATOLOGIA ALLERGICA ACCERTATA ? (S) (N) SE SI QUALE ? _____

HA MAI AVUTO MALATTIE DELLA PELLE ? (S) (N) SE SI QUALI ? _____

HA MAI AVUTO UNA DERMATITE AL LOBO DELL'ORECCHIO ? (S) (N)

HA MAI AVUTO UNA DERMATITE ALLE MANI ? (S) (N)

UN MEDICO LE HA MAI DIAGNOSTICATO UNA ORTICARIA ? (S) (N)

HA MAI AVUTO PRURITO AL NASO E CRISI RIPETUTE DI STARNUTI (non considerare il comune raffreddore) (S) (N)

UN MEDICO LE HA MAI DETTO CHE SOFFRE DI RINITE ALLERGICA ? (S) (N)

HA MAI SOFFERTO DI CRISI RIPETUTE DI BRUCIORE E/O PRURITO OCULARE CON AUMENTO DELLA LACRIMAZIONE ? (S) (N)

UN MEDICO LE HA MAI DETTO CHE SOFFRE DI CONGIUNTIVITE ALLERGICA ? (S) (N)

HA MAI AFFANNO ? (S) (N)

HA MAI AVUTO CRISI DI MANCANZA DI RESPIRO ? (S) (N)

HA MAI AVUTO FISCHI E SIBILI SUL TORACE ? (S) (N)

UN MEDICO LE HA MAI DETTO CHE SOFFRE DI ASMA BRONCHIALE ? (S) (N)

E' ALLERGICO A QUALCHE METALLO ? (S) (N) SE SI A QUALE/I ? _____

E' ALLERGICO A QUALCHE MEDICINA ? (S) (N) SE SI A QUALE/I ? _____

E' ALLERGICO A QUALCHE VACCINO ? (S) (N) SE SI A QUALE/I ? _____

E' ALLERGICO A QUALCHE ALIMENTO O BEVANDA ? (S) (N) _____

E' ALLERGICO ALLE PUNTURE DEGLI INSETTI ? (S) (N)

E' ALLERGICO A QUALCHE PROFUMO, SAPONE, DETERGENTE, DEODORANTE, DISINFETTANTE ?
(S) (N)

E' ALLERGICO A QUALCHE COSMETICO ? (S) (N)

E' ALLERGICO AI CEROTTI ? (S) (N)

SOFFRE DI QUALCHE ALTRO TIPO DI ALLERGIA ? (S) (N) SE SI QUALE ? _____

firma