

Molekularna diagnostyka alergii - test ALEX / test ISAC
ankieta do badania

Informacja dla pacjenta: Wypełnienie ankiety jest dobrowolne. Dane podane w ankiecie umożliwiają przygotowanie komentarza do wyniku badania ALEX lub ISAC i są wykorzystywane tylko w tym celu. W przypadku, gdy ankieta nie będzie uzupełniona wynik badania ALEX lub ISAC jest wydawany bez komentarza.

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

1. Co skłoniło Panią/Pana do wykonania badania?

.....

2. Jakie objawy choroby alergicznej są u Pani/Pana obserwowane?

- Kaszel
- Katar
- Świąd / obrzęk spojówek
- Zmiany skórne
- Objawy w obrębie jamy ustnej (świąd, pieczenie, itp.)
- Obrzęk śluzówki nosa / niedrożność nosa
- Wstrząs (jeśli wystąpił proszę podać):
 - Ile razy
 - Kiedy ostatnio
 - Czy konieczna była pomoc lekarska (wezwanie pogotowia, wizyta na SOR itp.): TAK / NIE
 - Jakie objawy.....
 -
- Czy określono prawdopodobny czynnik sprawczy: TAK/NIE; jeśli tak proszę wskazać czynnik
-
- Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK proszę podać jaki czynnik prawdopodobnie był przyczyną wstrząsu:
.....
.....
.....
- Czy zdarzeniu towarzyszyła któraś z wymienionych okoliczności (proszę podkreślić właściwe):
spożywanie alkoholu, intensywny wysiłek fizyczny, stres, przyjmowanie leków przeciwbólowych lub przeciwpalnych, menstruacja, zmiana klimatu, infekcja, inne (wymienić jeśli były):.....
.....
.....
.....

3. Objawy choroby alergicznej występują u Pani/Pana:

- Całorocznie: TAK / NIE
- Sezonowo: TAK / NIE ; jeśli TAK to kiedy
- Sporadycznie: TAK / NIE ; jeśli TAK to proszę podać w jakiej sytuacji:
-
-

4. Czy obserwuje Pani / Pan jakiegokolwiek objawy w związku ze spożywanymi pokarmami TAK / NIE.

Jeśli TAK to proszę:

- Wymienić pokarmy po których wystąpiły objawy
 - Podać przybliżony czas od spożycia pokarmu do pojawienia się objawów
 - Jeśli to możliwe podać okoliczności towarzyszące temu zdarzeniu (np. spożywanie alkoholu, intensywny wysiłek fizyczny, stres, przyjmowanie leków przeciwbólowych lub przeciwzapalnych, menstruacja, zmiana klimatu, infekcja, inne:
5. Od jak dawna występują u Pani / Pana objawy choroby alergicznej?
6. Czy przyjmuje Pani /Pan leki (jeśli tak proszę wymienić)
7. Czy eliminuje Pani /Pan z diety jakiekolwiek pokarmy, jeśli tak poproszę wymienić jakie i od jak dawna:
8. Czy cierpi Pani / Pan na inną chorobę przewlekłą: TAK /NIE; jeśli tak proszę podać jaką:
9. Czy u innych członków rodziny zdiagnozowano alergię TAK/NIE; jeśli tak to jaką i u kogo.
10. Czy miało miejsce u Pani/Pana ukąszenie przez kleszcza? TAK/NIE; jeśli tak proszę odpowiedzieć na poniższe pytania:
- Kiedy:
 - Ile razy:
 - Czy wystąpił rumień w miejscu ukąszenia:
 - Czy konieczna była wizyta i leczenie w poradni chorób zakaźnych:

Dziękuję za udzielenie odpowiedzi.

Dane teleadresowe konieczne do wysłania wyniku badania:

Adres:

Tel.

e-mail.

Zostałam/em poinformowana/y o powodach zebrania powyższej ankiety i wyrażam zgodę na wykorzystanie tych danych do przygotowania komentarza do wyniku badania ALEX/ISAC. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż powyższe dane są przechowywane w dokumentacji Pracowni Immunologiczno-Alergologicznej Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych SU nr 2 w Bydgoszczy i nie będą udostępniane osobom niemającym związku z wykonywanym badaniem ALEX/ISAC.

Data

Podpis pacjenta