

Allergiformulär –att lämna inför läkarbesöket (Barn 0-6 år)

Datum: _____ **Barnets namn:** _____

Anledning till besöket: _____

1. Barnets födelsevikt: _____ g. Barnets födelselängd: _____ cm

2. Barnet är fött i vecka: <28 28-32 33-37 >37

3. Har barnet ammats?

Nej

Ja: i...

<4 mån

4-6 mån

6-12 mån

>12 mån

4. Har barnet fått bröstmjölk ersättning?

Nej

Ja: i åldern...

<4 mån

4-6 mån

6-12 mån

>12 mån

5. Hur gammalt var barnet vid introduktion av smakportioner:

<4 mån

4-6 mån

6-12 mån

>12 mån

6. Har barnet fått vaccinationer enligt BVC-program:

Ja

Nej: Varför? _____

7. Har barnet haft någon tillväxtavvikelse:

Nej

Ja: Barnet följde inte sin förväntade...

Längd

Vikt

Huvudomfång

8. Hur många syskon har barnet?

0

1

2

3

4

>4

9. Barnets ordning i syskonskaran:

1

2

3

4

>4

10. Barnets nuvarande boende?

Fristående hus/radhus

Lägenhet

Lantbruk

Delat boende (hus/hus 1 hus/lägenhet lägenhet/lägenhet)

11. Barnet vistas vanligtvis dagtid i/hos...

Hemmet

Förskola

Familjedaghem

Skola

Fritidsverksamhet

Annan vårdnadshavare

12. Förekommer allergisk sjukdom hos annan familjemedlem?

(Sätt kryss i aktuell ruta även om besvaren försvunnit)

Nej

	Ja	Förälder, vilken?	Syskon?
Astma			
Allergiska näs-/ögonbesvär			
Eksem/Nässelutslag			
Pollenallergi			
Pälsdjursallergi			
Födoämnesallergi			

13. Förekommer nikotinanvändning i barnets hem?

Nej

	Ja	Förälder, vilken?	Annan?
Cigaretter/pipa			
E-cigaretter			

14. Använde barnets (biologiska) mor nikotin under graviditet/amning?

Nej

	Ja	Vet inte
Cigaretter/pipa		
E-cigaretter		

15. Finns problem med boendemiljön i barnets nuvarande bostad?

Nej

Ja: i vilken form?

- Fuktskada Dålig ventilation/kondensbildning på fönster
 Tät trafik utanför bostad Luftförorenande industri i närheten
 Annat, vad? _____

16. Finns det husdjur i barnets nuvarande boende/dagliga miljö?

Nej

Ja: Vilken sort...

- Katt Hund Kanin/Marsvin Råtta/mus
 Fåglar Häst Annat, vad? _____

17. Har eller har barnet haft någon sjukdom eller funktionsnedsättning?

Nej

Ja: Vilken/vilka? _____

18. Har barnet varit inlagd på sjukhus?

Nej

Ja: när och varför? _____

19. Har barnet haft/behandlats för något av nedanstående?

	Nej	Ja
Lunginflammation		
Fler än 4 öroninflammationer per år		
Förstorad körtel bakom näsan		
Förstorade halsmandlar		
Falsk krupp mer än 1 gång		
Förkylning fler än 8 gånger per år		
Långdragna förkylningar (>1 vecka)		
Snarkningar/andningsuppehåll		
Sover med öppen mun utan att vara förkyld		

20. Har eller har barnet/ungdomen haft eksem?

- Nej (Gå vidare till fråga 24)
 Ja: Har pågående besvär, från vilken ålder? _____
 Eksemen har läkt ut, från vilken ålder? _____

21. Eksemet sitter mest....

- I ansikte/hårbotten På mage/rygg I blöjområdet
 I arm-och knäveck På händer/handlovar På fötter
 Annat område: var? _____

22. Barnets eksem...

- Orsakar klåda som stör nattsömn
 Orsakar klåda som påverkar barnets koncentrationsförmåga
 Försämras av infektioner/förkylningar
 Försämras av viss mat (Ange vilket/vilka livsmedel i fråga 38)
 Försämras vid pälsdjurskontakt/pollen (Ange vilket/vilka i fråga 34)
 Försämras viss tid på året, vilken? _____
 Har försämrats senaste året

23. Vilken/vilka läkemedel används för behandling av eksemet?

Salva/Kräm/Läkemedel	Styrka	Dosering

24. Har eller har barnet haft nässelutslag?

- Nej (Gå vidare till fråga 26)
 Ja: En gång, vid vilken ålder? _____
 2-5 gånger, från vilken ålder? _____
 Mer än 5 gånger, från vilken ålder? _____

25. Barnets nässelutslag...

- Triggas av infektioner/förkylningar
 Triggas av viss mat (Ange vilket/vilka livsmedel i fråga 38)
 Triggas vid pälsdjurskontakt/pollen (Ange vilket/vilka i fråga 34)
 Triggas av läkemedel vilket? _____
 Triggas av kyla/värme
 Triggas av ansträngning
 Triggas av annat, vad? _____
 Har försämrats senaste året

26. Har eller har barnet haft allergiska besvär från ögon/näsa?

- Nej (Gå vidare till fråga 30)
 Ja: Från vilken ålder? _____

27. Barnet har besvär av...

- Näsklåda/nysningar Nästäppa Rinnsnuva
 Rodnade kliande ögon Ögonsvullnad Rinnande ögon

28. Barnets ögon/näsbesvär...

- Förekommer även nattetid: hur ofta? _____
- Kan förekomma samtidigt med hosta/pipande andning
- Förekommer vid pälsdjurskontakt/pollen? (Ange vilket/vilka i fråga 34)
- Har försämrats senaste året
- Förekommer hela året
- Förekommer viss tid på året, vilken? _____

Vid vår- och sommarbesvär – rita in besvärperiodens längd!



29. Vilken/vilka läkemedel används för behandling av ögon/näsbesvären?

Läkemedel	Styrka	Dosering

30. Har eller har barnet haft astma/luftrörsbesvär?

- Nej (Gå vidare till fråga 34)
- Ja:
 - Har pågående besvär, från vilken ålder? _____
 - Astman har läkt ut, från vilken ålder? _____

31. Barnet har besvär av...

- Långdragen hosta
- Hostattacker
- Slem i luftrören
- Andnöd/tung andning
- Pipig/väsande andning
- Ont/trångt i bröstet

32. Barnets astma/luftrörsbesvär...

- Förekommer även nattetid, hur ofta? _____
- Förekommer vid förkylning
- Förekommer vid pälsdjurskontakt/pollen (Ange vilket/vilka i fråga 34)
- Förekommer vid kontakt med starka dofter/tobaksrök
- Förekommer vid ansträngning och/eller vid skratt/gråt
- Förekommer vid kyla
- Förekommer viss tid på året, vilken? _____
- Har försämrats senaste året

33. Vilken/vilka läkemedel används för behandling av astma/luftrörsbesvären?

Läkemedel	Styrka	Dosering

34. Har barnet reagerat med allergiska besvär vid kontakt pälsdjur/pollen?

- Nej (Gå vidare till fråga 35)
 Ja, ange vilket/vilka symtom kontakten orsakat:

	Eksem/ kliande utslag	Ögon- /Näsbesvär	Andnings- besvär	Andra besvär
Katt				
Hund				
Häst				
Kanin/Marsvin/Hamster				
Lövträd				
Gräs				
Annat: vad?				

35. Har barnet reagerat med allergiska besvär vid intag av något livsmedel?

- Nej (Gå vidare till slutet av frågeformuläret)
 Ja: Har pågående besvär, från vilken ålder? _____
 Matallergin har läkt ut, från vilken ålder? _____

36. Barnet har efter intag av livsmedel fått besvär av...

- Kräkningar Diarréer Blod i avföringen
 Förstoppning Eksem Nässelutslag
 Klåda i munnen Läpp-/ansiktssvullnad Andningsbesvär
 Annat, vad? _____

37. Barnets matallergi...

- Startade redan medan barnet helammades
 Startade vid introduktion av smakportioner
 Orsakar symtom vid hudkontakt
 Orsakar symtom vid luftburen kontakt
 Har försämrats senaste året

38. Ange vilket/vilka livsmedlet som orsakat allergiska symtom:

	Klåda i munnen/ svullen läpp	Kräkning	Diarré/ ont i magen	Eksem/ kliande utslag	Andnings- besvär	Andra besvär
Mjök						
Bröstmjölks- ersättning						
Soja						
Ägg						
Vetemjöl						
Havre						
Fisk						
Skaldjur						

Kyckling						
Jordnöt						
Nötter/mandel						
Annat: vad?						

39. Ange vilket/vilka livsmedel barnet undviker:

	Aldrig ätit	Undviker helt	Undviker delvis	Kan äta tillagat	Ange tid (månad+år) vid senaste intag av livsmedlet
Mjök					
Soja					
Ägg					
Vetemjöl					
Havre					
Fisk					
Skaldjur					
Kyckling					
	Aldrig ätit	Undviker helt	Undviker delvis	Kan äta tillagat	Ange tid (månad+år) vid senaste intag av livsmedlet
Jordnöt					
Nötter/mandel					

Annat: vad?					

40. Vilken/vilka läkemedel används för behandling av matallergin?

Läkemedel	Styrka	Dosering

Vårdnadshavare 1:

Namn:

Vårdnadshavare 2:

Namn:
