

EGENREMISS TILL BARNALLERGIMOTTAGNINGEN

Remissen blir bedömd av barnöverläkare och kan resultera i besök till läkare eller sjuksköterska på barn och ungdomskliniken, telefonsamtal eller hänvisning till annan vårdinstans.

Namn Förälders namn.....
Personnummer..... Tfn arbete
Adress Mobiltelefon.....
Tfn bostad.....

Vilka är barnets besvär?

Näsa/Ögon

- rinnande snuva
 nästäppa
 nysningar
 svullnad/klåda i ögonen
 försämrat luktsinne

Luftrör

- andningsbesvär
 under natten
 hosta utan slem
 pipande/väs andning
 tungt att andas

Huden

- klåda
 eksem
 nässelutslag
 andra utslag
 svullnader

Rökning i hemmet

- Ja
 Nej

Hur många år har du haft besvär från näsa eller ögon?.....Luftrör?.....Huden?.....

Vid luftrörsbesvär ange hur ofta de uppträder:

- dagligen
 periodvis
 enstaka gånger

Vilka månader är dina besvär sämre? januari februari mars april maj juni juli
 augusti september oktober november december

Har du djur hemma?

Ja

Nej

Om ja, vilka?.....

Misstänker du födoämne?

Ja

Nej

Om ja, vilka?.....

Vilka besvär är svårast?

.....

Ange här eventuella andra besvär du har av allergisk typ:

.....

Ange nuvarande medicinering:

.....

Ort och datum

Namn-teckning

.....

Insändes till: Barnallergimottagningen, Centralsjukhuset, 291 85 KRISTIANSTAD