

Штрих-код

A2

Фамилия								
Имя								
Отчество								
Дата рождения					Пол	M	J	
Врач/Регистрационный номер								

Клиника/регистрационный номер								
e-mail								
дата взятия пробы								
Положение пациента при взятии пробы								
Лежа	<input type="checkbox"/>	Стоя	<input type="checkbox"/>	Сидя	<input type="checkbox"/>	Прочее		

Направление на аллергodiагностику

7.00	Общий IgE (иммуноглобулин Е)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.39	Катионный протеин эозинофилов	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.16	Риноцитограмма	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1.01	Общий анализ крови (лейкоцитарная форма., СОЭ)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.69	Гистаминовый комплекс	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	гистамин	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	диаминоксидаза	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

P01	Аллергическое диагностическое исследование Allergomedica с комментарием специалиста (36 аллергенов): полынь, рапс (трава), крапива, белая береза, плесневый грибок <i>Alternaria</i> , плесневый грибок <i>Aspergillus</i> , плесневый грибок <i>Cladosporium</i> , плесневый грибок <i>Penicillium</i> , латекс, смесь тараканов, тимофеевка, куриное мясо, казеин, ячмень, рожь, яблоко, дрожжи, пшеница, апельсин, треска, говядина, свинина, помидор, креветки, молоко, лесные орехи, соевые бобы, арахис, горох, яичный белок, куриные перья, собачья перхоть, лошадиная перхоть, кошачья перхоть, клещ домашней пыли <i>D. Farinae</i> , клещ домашней пыли <i>D. Pteronyssinus</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	3 шт
-----	---	-------------------------------------	------

Анкета пациента

1. Какие из следующих симптомов у Вас (пациента) проявлялись? (отметить все симптомы, которые проявлялись)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Сенная лихорадка | <input type="checkbox"/> Кашель | <input type="checkbox"/> Проблемы при занятии спортом | <input type="checkbox"/> Высыпания |
| <input type="checkbox"/> "Текущий" нос | <input type="checkbox"/> Усталость | <input type="checkbox"/> Отхаркивание | <input type="checkbox"/> Молниеносное акне |
| <input type="checkbox"/> Заложенный нос | <input type="checkbox"/> Тошнота | <input type="checkbox"/> Головная боль | <input type="checkbox"/> Судороги |
| <input type="checkbox"/> Проблема с синусами | <input type="checkbox"/> Вздутие живота | <input type="checkbox"/> Понес | <input type="checkbox"/> Экзема |
| <input type="checkbox"/> Чихание | <input type="checkbox"/> Ночной кашель | <input type="checkbox"/> Слабость | <input type="checkbox"/> Колит |
| <input type="checkbox"/> Зуд глаз | <input type="checkbox"/> Хрип | <input type="checkbox"/> Запор | <input type="checkbox"/> Проблемы со сном |
| <input type="checkbox"/> Проблемы с ушами | <input type="checkbox"/> Отышка | <input type="checkbox"/> Проблемы с желудком | <input type="checkbox"/> Изменчивое настроение |
| <input type="checkbox"/> Астма | <input type="checkbox"/> Затрудненное дыхание | <input type="checkbox"/> Крапивница | <input type="checkbox"/> Увеличенная потребность в каплях для носа |

2. На протяжении какого времени Вы страдаете от этих симптомов?

- 0-1 год 1-5 лет 5-10 лет 10 и более лет

3. В какое время у Вас (пациента) проявляются эти симптомы?

- В апреле, мае, июне В июле, августе, сентябре В октябре, ноябре, декабре
 В январе, феврале, марте Постоянно Не могу точно сказать

4. Бывают ли месяцы, когда симптомы не проявляются?

- Да Нет Если да, то какие это месяцы _____

5. Что еще Вы знаете о своей аллергии (аллергии пациента)?

- Знаете ли Вы точно, что у Вас (пациента) на что-то аллергия?

Да Нет Если да, то на что _____

- Догадываетесь ли Вы, на что у вас (пациента) аллергия?

Да Нет Если да, то на что _____

- Находитесь ли Вы (пациент) в непосредственном контакте с химическими веществами, пылью?

Да Нет

- Есть ли у Вас (пациента) домашние животные или уличные животные?

Да Нет

- Кусала ли Вас (пациента) когда-нибудь пчела или оса?

Нет 1 раз 2 и более раза

- Если да, то сильно ли у Вас (пациента) распухло место укуса?

Да Нет

- Есть ли у Вас (пациента) аллергия на какие-либо лекарственные средства?

Да Нет Если да, то на какие _____

- Курите ли Вы (пациент)?

Да Нет Если да, то как часто _____ На протяжении сколько лет? _____

- Делали ли Вы (пациент) тест на аллергию?

Да Нет Если да Прик-тест (метод прокалывания кожи) Анализ крови

- Употребляли ли Вы (пациент) антиаллергические лекарственные средства?

Да Нет Если да, то в течении какого времени _____

- Нарушают ли Ваши (пациента) симптомы Ваши:

Сон Спорт Работу Комфорт Другое _____

- Когда симптомы у Вас (пациента) становятся более ярко выраженными?

Утром Вечером

Наши клиники

г. Москва

ул. Новодмитровская, 5а, стр. 2
тел.: +7 (495) 723 44 97
+7 (499) 270 33 71

г. Москва

ул. Борисовские пруды, д. 5, к. 1
тел.: +7 (499) 136 61 76
(с 08:00 до 15:00)

г. Москва

ул. Дубнинская, д. 39
тел.: +7 (499) 130 46 45
(с 08:00 до 15:00)

г. Москва

ул. Борисовские пруды, д. 10, к. 4
тел.: +7 (495) 789 55 99

Вызов медсестры на дом

 **8 (495) 723 44 97**

Мы в РЕГИОНАХ:

г. Ярославль
ул. Некрасова, д. 34/76

Условные обозначения

 сыворотка (красная крышка)

 кровь с гепарином (зеленая крышка)

 кровь с ЭДТА (сиреневая крышка)

 предметное стекло