

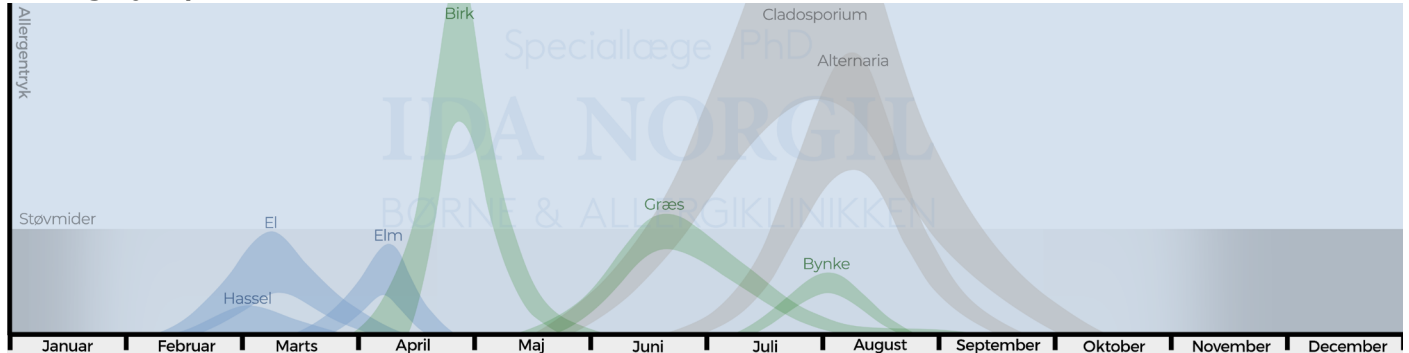
Årlig status ved allergivaccination for

2024 © Speciallæge PhD Ida Norgil BØRNE & ALLERGIKLINIKKEN
+45 38 87 18 48 info@idanorgil.dk

Vaccinationsår
SCIT SLIT

Cpr nr
Navn
Dato

Allergisymptomer i løbet af året



Afkryds sværhedsgraden af allergisymptomer for hver måned

	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	December
Ingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moderate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svære	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergisymptomer i relevant sæson (når behandlingsplan er fulgt)

Øjne

Ingen/lette
 Moderate
 Svære

Næse

Ingen/lette
 Moderate
 Svære

Lunger

Ingen/lette
 Moderate
 Svære

Andre symptomer

Har du andre allergier end den, skemaet omfatter? Hvis ja -hvilke

Mistænker du nye allergier siden sidste status? Hvis ja -hvilke

Havde du astma før vaccinationsforløbet? Ja Nej

Har du haft astmasymptomer siden sidst? Ja Nej

Medicforbrug i relevant sæson*

Næsespray Gange/dag Antal dage

Øjendråber Gange/dag Antal dage

Antihistamin Gange/dag Antal dage

Astmamedicin Gange/dag Antal dage

Anden medicin Gange/dag Antal dage

Anden medicin Gange/dag Antal dage

Hvordan oplever du/I, at medicinforbruget har været sammenlignet med før vaccinationsforløbet? Mindre Samme Større

Livskvalitet i relevant sæson

Hvor meget har allergien generet dig?

Kan du deltage i flere aktiviteter nu end før?

Ja Nej

Hvis ja hvilke?*

Hvordan har sæsonen samlet set været sammenlignet med før vaccinationsforløbet?

*Yderligere medicin og kommentarer kan tilføjes på bagsiden