



آزمایشگاه مرکزی فردیس
کلینیکال و آناتومیكال

فرم ثبت اطلاعات مربوط به تست آلرژی

شماره فرم: F-SCO-31

ویرایش: B

صفحه: ۱ از ۲

مستندات سیستم کیفیت، هر گونه کپی و تکثیر از این سند صرفاً توسط دفتر بهبود کیفیت و بهره وری انجام خواهد شد.

نام آزمایشگاه ارسال کننده:

مشخصات فرد آزمایش دهنده:

نام و نام خانوادگی:	شماره پذیرش:	تاریخ مراجعه:	تاریخ تولد:
سن:	جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>	وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	شغل:
آدرس محل سکونت و تلفن:			
لطفاً اطلاعات زیر برای کودکان و خردسالان تکمیل شود.			
شغل پدر:	شغل مادر:	آیا کودک شما به مهد می رود؟ بلی <input type="checkbox"/> چه مدت؟ خیر <input type="checkbox"/>	

- آلرژن های درخواست شده توسط پزشک (در صورت موجود بودن در برگه درخواست):
- علت مراجعه شما به پزشک چه بوده است؟
- بیشترین علائمی که سبب ناراحتی شما می شود چیست؟
- شروع این علائم از چه سنی بوده است؟
- آیا ناراحتی شما فصلی است یا دائمی؟ در کدام فصل یا فصول احساس ناراحتی بیشتری می کنید؟ بهار تابستان پاییز زمستان
- کدامیک از نشانه های زیر را دارا هستید؟
بینی: گرفتگی بینی خارش ترشحات بینی کاهش حس بویایی و چشایی
چشم و گوش: قرمزی چشم تورم پلک خارش چشم گرفتگی گوش
پوست: قرمزی پوست راش های جلدی کهیر تورم صورت
سینوس ها: سینوزیت سردرد نزدیک به چشم تب
- اختلال در خواب:** تنفس از دهان بیدار شدن مکرر خستگی در طول روز اشکال در انجام کارها
- اختلالات گوارشی:** تهوع و استفراغ دل درد اسهال دفع خون در مدفوع
- کدام یک از حالات، ناراحتی شما را تشدید می کند؟ ورزش راه رفتن دویدن تنفس در هوای سرد هیجانات عاطفی خندیدن سرفه کردن
- آب و هوای گرم و خشک آب و هوای مرطوب و بارانی آب و هوای سرد راه رفتن در چمن و فضای سبز استفاده از مواد آرایشی گرد و غبار دود سیگار عطر و اسپری محیط های بسته مانند زیر زمین و یا سالن های سرپوشیده
- کدامیک از حیوانات در محیط زندگی یا کار شما وجود دارد؟ گربه سگ پرنده ماهی (آکواریوم) سایر حیوانات:
- آیا دخانیات مصرف می کنید؟ بلی خیر نام ببرید:
- کدامیک از محیط ها سبب افزایش علائم آلرژیک در شما می شود؟ خانه محل کار مدرسه فضای آزاد
- در چه زمانی از شبانه روزی ناراحتی شما تشدید می شود؟
- ساختمان محل زندگی و کار شما نوساز است یا قدیمی؟
- نوع کفپوش محل زندگی شما چیست؟ موکت فرش سنگ یا سرامیک پارکت غیره:
- جنس رختخواب شما از چه نوع است؟ پر پنبه پشم پشم شیشه غیره:
- سیستم گرمایشی محل کار و منزل شما چیست؟ شوفاژ شومینه بخاری گازی غیره:
- سیستم سرمایشی محل کار و منزل شما چیست؟ کولر آبی کولر گازی چیلر غیره:
- آیا به مصرف داروی خاصی حساسیت دارید؟
- آیا ماده خوراکی خاصی سبب ایجاد تحریکات آلرژیک در شما می شود؟ نام ببرید:
- کدامیک از آثار بعد از خوردن غذا در شما ایجاد می شود؟ کهیر راش در صورت سردرد غیره:
- آیا کسی از اعضای خانواده شما به غذای خاصی حساسیت دارد؟
- آیا گزش زنبور یا حشرات دیگر در شما ایجاد واکنش شدید کرده است؟ بلی خیر نوع حشره را نام ببرید:
- تماس با کدامیک از موارد زیر در شما ایجاد حساسیت پوستی کرده است؟
- لباس عطر لوسیون های بدن شامپو صابون شوینده ها جواهرات پودر لانتکس مواد آرایشی
- آیا کسی از بستگان درجه یک شما سابقه آلرژی و حساسیت دارد؟ بلی پدر مادر خواهر برادر فرزند چه نوعی؟ خیر
- آیا تاکنون از داروی ضد حساسیت خاصی استفاده کرده اید؟ بلی چه نوعی؟ خیر