



آزمایشگاه مرکزی فردیس

## فرم ثبت اطلاعات مربوط به تست آلرژی

مستندات سیستم کیفیت، هر گونه کمی و تکثیر از این سند صرفاً توسط واحد استانداردسازی انجام خواهد شد.

شماره فرم: F-SCO-31

ویرایش: D

تاریخ: ۱۴۰۲/۰۵/۲۶

نام آزمایشگاه ارسال کننده:

نام و نام خانوادگی:

شماره پذیرش:

سن:

تاریخ تولد:

تلفن:

تاریخ مراجعه:

۱. کدامیک از علائم زیر را دارید؟

- آسم:  ندارد  همیشه  فصلی  همیشه و فصلی
- آبریزش بینی:  ندارد  همیشه  فصلی  همیشه و فصلی
- ورم ملتحمه چشم:  ندارد  همیشه  فصلی  همیشه و فصلی
- کهیر:  ندارد  همیشه  فصلی  همیشه و فصلی
- آنژیوادم:  ندارد  همیشه  فصلی  همیشه و فصلی
- آلرژی دهانی (آفت):  ندارد  همیشه  فصلی  همیشه و فصلی
- اگرما:  ندارد  همیشه  فصلی  همیشه و فصلی
- شوک آنافیلاکسی:  ندارد  همیشه  فصلی  همیشه و فصلی
- علائم گوارشی:  ندارد  همیشه  فصلی  همیشه و فصلی

۲. شروع این علائم از چه سنی بوده است؟

۳. آیا ماده خوراکی خاصی سبب ایجاد تحریکات آلرژیک در شما می شود؟ نام ببرید:

۴. آیا محیط پیرامون (طبیعت، محل زندگی، محل کار) سبب ایجاد تحریکات آلرژیک در شما می شود؟ توضیح دهید.

۵. آیا تاکنون از داروی ضد حساسیت خاصی استفاده کرده اید؟ خیر  بلی  نام ببرید:.....

۶. آیا به تازگی سفر کرده اید؟

۷. آیا در معرض حیوانات خانگی یا حیوانات مزرعه هستید؟

۸. آیا سابقه نیش خوردگی توسط حشرات را دارید؟

درخواست پزشک اسکن شده است

نام فرد تکمیل کننده فرم: