

SJEKKLISTE

Allergi i pollensesongen

Dato: _____

Navn: _____

Hvor lenge har du hatt pollenallergi? _____

Har du noen gang blitt utredet for din allergi av en lege??

- Ja
 Nei

Hvilke symptomer har du?

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rennende nese | <input type="checkbox"/> Rennende øyne | <input type="checkbox"/> Tungpusthet |
| <input type="checkbox"/> Kløende nese | <input type="checkbox"/> Kløende øyne | <input type="checkbox"/> Annet |
| <input type="checkbox"/> Tett nese | <input type="checkbox"/> Tett øyne | |
| <input type="checkbox"/> Nys | <input type="checkbox"/> Tretthet | |
| <input type="checkbox"/> Konsentrasjonsvanskeligheter | <input type="checkbox"/> Hoste | |

Har du astmaproblemer (hoste og/eller tungpusthet)?

- Ja
 Nei

Tar du behandling for din allergi?

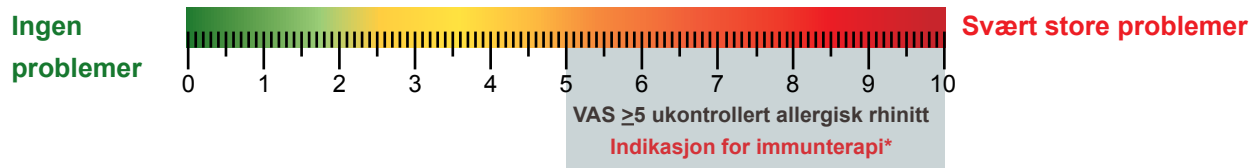
- Ja
 Nei

Hvis ja, hvilke type medikamenter bruker du?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antihistamintabletter: f.eks Clarityn, Aeries | <input type="checkbox"/> Turbuhaler, f.eks Bricanyl |
| <input type="checkbox"/> Kortison spray: f.eks Nasonex, Flutide | <input type="checkbox"/> Inhalator med kortison, f.eks Pulmicort |
| <input type="checkbox"/> Øyedråper, f.eks Lomudal | <input type="checkbox"/> Kortisoninjeksjon, f.eks Kenacort |
| | <input type="checkbox"/> Kortisontabletter, f.eks Prednisolon |

Symptomer til tross for regelmessig medisinbruk

Når du tar dine medikamenter, hvor store problemer opplever du at du har i pollensesongen på en skala fra 0-10 der 0 =ingen problemer og 10= svært store problemer?



- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0-2 | ➔ | Fortsette med nåværende behandling, fornye resepten |
| <input type="checkbox"/> 2-5 | ➔ | Optimere nåværende behandling, fornye resepten |
| <input type="checkbox"/> 5-10 og/eller astma | ➔ | Bestille time for utredning |