

آزمایشگاه پاتوبیولوژی آزادی

پرسشنامه آزمایش تعیین IgE اختصاصی علیه انواع آلرژن ها

نام بیمار:	سن:	جنس:	تاریخ:	ارسالی از:
شغل:	شرایط خاص شغلی:			
علائم موجود در قسمت های مختلف بدن:				
ریه.....	بینی.....	گوش.....	دهان.....	چشم.....
پوست.....	گوارش.....	اعصاب.....	کلیه.....	مفاصل.....
در اثر کدامیک از عوامل زیر بیماری شما شدیدتر می شود:				
داخل منزل..... خارج منزل..... اتاق های منزل..... پارک و باغ..... صبح ها..... عصرها..... شب ها..... شروع روز.....				
شروع شب..... طول روز..... نیمه شب..... شروع خواب..... بویها..... عطر..... گل..... اسپری حشره کش.....				
سرخ کردنی..... حیوانات..... گرما..... سرما..... هوای مرطوب..... فشار هوا..... خاک..... شیر گاو.....				
تماس پوستی..... جارو..... عوامل عاطفی..... فصل های مختلف..... (کدام فصل:.....)				
دارو..... نام دارو..... (.....)				
نوع و شرایط تغذیه: <input type="checkbox"/> آب چاه <input type="checkbox"/> کنسروجات <input type="checkbox"/> تغذیه در ظروف سرامیکی <input type="checkbox"/>				
خاک خوری و لیسیدن در و <input type="checkbox"/> ذکر شود:.....				
شرایط زیستی شما:				
عمر ساختمان منزل شما..... وسیله گرمایشی..... وسیله سرمایشی.....				
کفپوش منزل..... جنس وسایل خواب..... اطراف منزل شما چیست.....				
وضعیت سلامتی شما:				
- چه بیماری یا ناراحتی خاصی دارید؟				
- از چه داروهایی استفاده می کردید یا می کنید؟				
- آیا مصرف دخانیات دارید؟				
- آیا سابقه آلرژی قبلی دارید؟ چه آلرژی:				
- آیا سابقه تزریق واکسن ضد آلرژی دارید؟ چه زمانی و چند بار؟				
سوابق خانوادگی:				
کدامیک از مشکلات آلرژی در کدام یک از اعضای خانواده (پدر، مادر، خواهر، برادر) وجود دارد؟				
در صورت هر یک از علائم زیر شدت آن را با شدید ۱، متوسط ۲، شدید ۳ مشخص نمایید:				
آبریزش بینی..... آبریزش چشم..... خشکی گلو..... گلو درد..... عفونت گوش..... سرفه..... برونشیت..... تهوع..... درد معده..... تاخیر در ادرار.....				
سر درد..... کهیر..... خارش بینی..... خارش چشم..... ترشح پشت حلق..... کاهش شنوایی..... درد گوش..... خس خس سینه..... آمفیزم.....				
دل پیچه..... سوء هاضمه..... ادرار طولانی..... بی خوابی..... عطسه..... خارش پوستی..... قرمزی چشم..... گرفتگی صدا.....				
سرگیجه..... وزوز گوش..... آسم..... کم اشتها..... اسهال..... خستگی عمومی..... دردهنگام ادرار..... افسردگی.....				
دانه قرمز پوستی.....				
گروه آلرژن درخواستی یا پیشنهادی:				
نتیجه بدست آمده از انجام آزمایش:				

دستورالعمل آزمایش تعیین Ige اختصاصی علیه انواع آلرژن ها

توجه: خواهشمندیم به کلیه پرسش هائی که مربوط به بیماری خاص شما می شود پاسخ دهید.

- ۱- نام، سن، جنس، آدرس و تلفن بیمار نوشته شود.
- ۲- ارسالی از: نام آزمایشگاه ارسال کننده به همراه نام شهر نوشته شود. (مثل آزادی تهران)
- ۳- علائم موجود در قسمت های مختلف: در هر کدام از اعضای بدن شما که در پرسشنامه ذکر شده، علائمی را که مشاهده می نمایید، نام ببرید.
- ۴- ارتباط و ناراحتی شما با عوامل مختلف: عواملی که باعث تشدید بیماری شما می شوند را با زدن علامت مشخص کنید
- ۵- شرایط زیستی: در ارتباط با شرایط زیستی به سوالات مربوطه در جای خود پاسخ دهید، شغل و شرایط خاص شغلی خود را توضیح دهید. مثلا اگر با ماده خاصی یا شرایط ویژه ای کار می کنید ذکر بفرمایید.
- ۶- وضعیت سلامتی:
 - اگر مبتلا به بیماری هستید ذکر بفرمایید
 - داروهای مورد استفاده: داروهایی را که استفاده مکنید تعیین نمایید.
 - دخانیات: اگر از دخانیات استفاده می کنید نوع و تعداد استفاده روزانه خود را بنویسید
 - سابقه آلرژی: اگر آلرژی دارید نام آلرژی خود را بنویسید و نیز چنانچه سابقه دریافت واکسن داشته اید واکسیناسیون خود را قید کنید.
- ۷- سوابق خانوادگی: در صورتی که علائم هر کدام از مشکلات آلرژی در اعضای خانواده شما دیده می شود، عنوان آلرژی و نسبت فرد مبتلا را مشخص نمایید.
- ۸- علائم بیمار: در صورتی که هر کدام از علائم ذکر شده را در خود احساس میکنید، شدت آن را معلوم کنید (ضعیف ۱، متوسط ۲، شدید ۳)