

**DOTAZNÍK PRO DOSPĚLÉ PACIENTY  
ODDĚLENÍ ALERGOLOGIE A KLINICKÉ IMUNOLOGIE (OAKI)**

Prosíme o pečlivé vyplnění dotazníku před komplexním vyšetřením na OAKI.

Do příslušných řádků doplňte údaje nebo napište ANO nebo při negativní odpovědi proškrtněte.

**JMÉNO:** \_\_\_\_\_ **PŘÍJMENÍ:** \_\_\_\_\_ **Datum narození:** \_\_\_\_\_

Zaměstnání současné: ..... předchozí: .....

Máte nějaké záliby, koníčky (sport, modelářství, zahrádka): .....

.....

Bydlíte v rodinný dům: .....

panelový byt: .....

podkrovní byt: .....

cihlový byt: .....

suterénní byt: .....

Máte v lůžkovinách peří (třeba jen v polštáři)? .....

Přicházíte do kontaktu se zvířaty? Pokud ano, napište s kterými:

zvířata mimo byt: .....

zvířata v bytě: .....

občasný kontakt s: .....

Vyskytly se u Vašich rodičů nebo sourozenců nebo dětí uvedené nemoci? Pokud ano, uveďte kdo:

alergická rýma: .....

astma: .....

„alergie“ na léky: .....

ekzém: .....

kopřivky: .....

revmatické nemoci: .....

porucha imunity: .....

**NEMOCI V MINULOSTI**

Prodělal jste níže uvedené choroby?

• Ekzém: ..... místa postižení kůže: .....

Ekzém trvá dosud? ..... trval do ..... let Byl jste léčen na kožní ambulanci? .....

• Zánět středního ucha: ..... počet: ..... poslední v roce: .....

• Laryngitidy: ..... počet: ..... poslední v roce: ..... Byl jste hospitalizován? .....

• Častá onemocnění dýchacích cest: ..... s teplotami: ..... s kašlem: ..... s rýmou: .....

jiné projevy: ..... počet antibiotik za rok: .....

• Nosní polypy: ..... operace v roce: .....

• Operace nosní mandle: ..... v roce: .....

- Operace krčních mandlí: ..... v roce: .....
- Jiné ORL operace: ..... v roce: .....
- Ostatní operace: .....
- Pálení žáhy: ..... pocit kyselosti v krku: ..... časté říhání: .....

Léčíte se nyní pro nějaká onemocnění?

.....  
 .....

Jaké léky v současnosti užíváte? Uveďte názvy:

.....  
 .....

Prodělal jste jiná onemocnění nebo operace v minulosti?

.....  
 .....

Měl jste po některém z očkování nepřiměřenou reakci? ..... Pokud ano, reakci popište: .....

Jste kuřák? ..... Jste pasivní kuřák? .....

V kterém roce jste přestal kouřit? ..... Počet cigaret za den: ..... Kolik let jste kouřil? .....

Kolik let kouříte? ..... Počet cigaret za den: .....

Měl jste neobvyklou reakci při užívání léků? ..... Napište název léku a popište reakci: .....

.....  
 .....

Vadí Vám některé z potravin? ..... Napište název potravin a projevy nesnášenlivosti: .....

.....  
 .....

Měl jste neobvyklou reakci po bodnutí vosou nebo včelou? ..... Zaznamenejte projevy:

v místě bodnutí: velký otok: ..... zarudnutí: ..... bolestivost: .....

celkové potíže: dušnost: ..... otok v krku: ..... kopřivka: ..... slabost: .....

pocit na omdlení: ..... Musel jste vyhledat lékařskou pomoc? ..... Byl jste hospitalizován? .....

### **SOUČASNÉ ONEMOCNĚNÍ:**

Začátek potíží (rok, měsíc): ..... průběh v měsících: .....

celoroční: ..... zhoršení v měsících: .....

Popis hlavních projevů:.....

.....  
 vliv prostředí.....

vliv období .....

vliv počasí .....

vliv potravy .....

Léčba potíží a účinek léčby: .....