

## 1. Arvelig allergi

Har Deres mor, far, søskende eller børn en eller flere af nedenstående allergisygdomme:

Astma  Høfeber/helårssnue  Allergi  Andet

## 2. Symptomer

Har De jævnligt symptomer fra **næse/øjne**?

Ja  Nej

Hvis ja, hvornår begyndte de? \_\_\_\_\_

Hvor generet er De af hvert af disse symptomer?

	Ikke generet 0	Lidt generet 1	Noget generet 2	Meget generet 3
Næsekløe/nysen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tæt/tilstoppet næse:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Løbende næse:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øjenkløe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røde øjne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opsvulmede øjne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rindende øjne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Udløses ovenstående symptomer af:

Pollen  hvilke: \_\_\_\_\_  
 Pelsdyr  hvilke: \_\_\_\_\_  
 Husstøvmider   
 Skimmelsvampe   
 Kulde/støv/stærke dufte

Har De jævnligt symptomer fra **lungerne**?

Ja  Nej

Hvis ja, hvornår begyndte de? \_\_\_\_\_

Hvor generet er De af hvert af disse symptomer?

	Ikke generet 0	Lidt generet 1	Noget generet 2	Meget generet 3
Åndenød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pibende vejrtrækning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Natlig hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opspyt/slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Udløses ovenstående symptomer af:

Pollen  hvilke: \_\_\_\_\_  
 Pelsdyr  hvilke: \_\_\_\_\_  
 Husstøvmider   
 Skimmelsvampe   
 Kulde/støv/stærke dufte

Har De symptomer som f.eks. voldsom kløe/udslæt/eksem fra **huden**?

Ja  Nej

Hvis ja, hvornår begyndte de? \_\_\_\_\_

Hvor på kroppen? \_\_\_\_\_

Hvor mange dage om året? \_\_\_\_\_

Giver **fødevarer**, f.eks. frugter, grøntsager, nødder, mælk eller æg, symptomer i munden/svælget, hududslet eller diarré?

Ja  Nej

Hvis ja, hvornår begyndte de? \_\_\_\_\_

Hvilke fødevarer giver Dem symptomer? \_\_\_\_\_

Hvor mange timer efter indtagelsen

optræder symptomerne? \_\_\_\_\_

Har De reageret med mere end lokal hævelse på **insektstik**?

Nej  Ja  Bi  Hveps  Andre insekter

Hvilke symptomer fik De? \_\_\_\_\_

Overordnet vurdering af alle symptomernes sværhedsgrad (VAS):  
 Hvor generende er Deres allergisymptomer generelt?

(Sæt "x" på linien, 0: ikke generende, 10: værst tænkeligt generende):

0 \_\_\_\_\_ 10

Hvis der er forskel på Deres symptomer; hvornår er de da værst?

Morgen  Aften  Nat  Inde  Ude

Hjemme  Arbejde: \_\_\_\_\_  Årstid: \_\_\_\_\_

Nævn 3 aktiviteter; De søger at undgå eller føler ubehag ved grundet Deres allergisymptomer. (F.eks. gåture, cykling, dans, havearbejde, sport, leg med kæledyr o.s.v.)

1. Aktivitet: \_\_\_\_\_

2. Aktivitet: \_\_\_\_\_

3. Aktivitet: \_\_\_\_\_

Hvor nedsat føler De generelt, Deres livskvalitet er?

(Sæt "x" på linien, 0: ikke nedsat, 10: meget nedsat):

0 \_\_\_\_\_ 10

## 3. Miljø

### Erhverv

Jeg arbejder med eller har arbejdet med: \_\_\_\_\_

### Omgivelser

Er der eller har der været dyr i husstanden  Ja  Nej

Hvis ja, hvilke: \_\_\_\_\_ hvornår: \_\_\_\_\_

Er der muglugt/fugtskader i dine omgivelser?  Ja  Nej

Dannes der dug på indersiden af ruderne i Deres omgivelser?  Ja  Nej

Er der væg-til-væg tæppe i boligen?  Ja  Nej

Vasker De Deres dyne/rullemadras/pude?  Ja  Nej

Er Deres madras mere end 5 år gammel?  Ja  Nej

### Tobak

Jeg har aldrig røget  Ja  Nej

Jeg begyndte at ryge, da jeg var (sæt ring om - gerne flere - hvis pause)

10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 år

Jeg ophørte med at ryge, da jeg var (sæt ring om - gerne flere)

10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 år

Røg/ryger  Cigaretter  Cigar  Cerutter  Pipe

Røg/ryger i gennemsnit pr. dag:

5 10 15 20 25 30 35 40 Angiv gram tobak: \_\_\_\_\_

Inhalerer De?  Ja  Nej

Ryges der i Deres omgivelser?  Ja  Nej

### Medicinforbrug

Medicin for:	Præparat	Styrke	Daglig dosis	Behandlingsperiode
Øjne/næse				
Lunger				
Anden medicin				

Hvor stort føler De generelt, Deres medicinforbrug er?

(Sæt "x" på linien, 0: lille, 10: stort):

0 \_\_\_\_\_ 10