

## آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک پارسه تهران



فرم آلرژی		
تاریخ: ۱۴۰۱/۶/۷	ویرایش: ۱	PL-RF-RE-۰۱۱
بخش: پذیرش	گروه: مدارک و سوابق	رضوان ظفری

نام و نام خانوادگی ..... جنس: مذکر  مونث  سن .....

آدرس .....

تلفن .....

لطفا سوالات زیر را بدقت پاسخ دهید تا آزمایشگاه را در تشخیص دقیق نوع آلرژی یاری نمایید:

- ۱) علت اصلی مراجعه شما به پزشک چه بوده است؟
- ۲) وقوع ناراحتی شما چگونه است؟  دائمی  گاهی
- ۳) در کدامیک از فصول ناراحتی شما بیشتر است؟  بهار  تابستان  پاییز  زمستان
- ۴) در چه محیطی ناراحتی شما شدیدتر است؟  محیط بسته  محیط باز
- ۵) آیا تماس نزدیک با گیاهان، ناراحتی شما را تشدید می کند؟  بلی  خیر
- ۶) اگر پاسخ سوال ۵ مثبت است، نوع گیاه را ذکر کرده ..... و بگویید کدام علامت شما را تشدید میکند؟
- ۷) آیا عطرها، ادوکلونها و اسپری ها موجب تشدید ناراحتی شما می شود؟  بلی  خیر
- ۸) اگر پاسخ سوال ۷ مثبت است، نوع آن را ذکر کرده ..... و بگویید کدام علامت شما را تشدید میکند؟
- ۹) آیا با خوردن یا نوشیدن ماده خاصی، ناراحتی شما تشدید می شود؟  بلی  خیر
- ۱۰) اگر پاسخ سوال ۹ مثبت است، نوع ماده خوراکی را ذکر کرده ..... و بگویید کدام علامت شما را تشدید میکند؟
- ۱۱) آیا نسبت به داروها حساسیت دارید؟  بلی  خیر
- ۱۲) اگر پاسخ سوال ۱۱ مثبت است، نوع دارو را ذکر کرده ..... و بگویید چه عارضه ای ایجاد کرده است؟
- ۱۳) آیا با گزش حشرات ناراحتی خاصی برای شما عارض شده است؟  بلی  خیر  به یاد ندارم
- ۱۴) اگر پاسخ سوال ۱۳ مثبت است، نوع حشره را ذکر کرده ..... و بگویید چه عارضه ای ایجاد کرده است؟
- کدام یک از حالات زیر ناراحتی شما را تشدید می کند؟
- ۱۵) ورزش  نوع ورزش .....

## آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک پارسه تهران



فرم آلرژی		
تاریخ : ۱۴۰۱/۶/۷	ویرایش : ۱	PL-RF-RE-۰۱۱
بخش : پذیرش	گروه : مدارک و سوابق	رضوان ظفری

- ۱۶) تحریکات و هیجانات عصبی  نوع تحریک و هیجان.....نوع ناراحتی.....
- ۱۷) قرار گرفتن در معرض خورشید  نوع ناراحتی.....
- ۱۸) فشار برو روی پوست  نوع ناراحتی.....
- ۱۹) مصرف دخانیات  نوع ناراحتی.....
- ۲۰) ساختمان محل کار شما: قدیمی است( بیشتر از ۲۰ سال)  جدید است ( کمتر از ۲۰ سال)
- ۲۱) ساختمان محل زندگی شما: قدیمی است( بیشتر از ۲۰ سال)  جدید است ( کمتر از ۲۰ سال)
- ۲۲) در محل زندگی شما کفها با کدامیک از موارد زیر پوشانده شده است؟  
 موزاییک  فرش  موکت  سرامیک  سنگ  پارکت  سایر  ذکر کنید.....
- کدامیک از داروهای زیر را استفاده می کنید؟
- ۲۳) آنتی هیستامینها  نام ..... مقدار ..... مدت ..... تاثیر.....
- ۲۴) کورتونها  نام ..... مقدار ..... مدت ..... تاثیر.....
- ۲۵) داروهای استنشاقی  نام ..... مقدار ..... مدت ..... تاثیر.....
- ۲۶) سایر داروها  نام ..... مقدار ..... مدت ..... تاثیر.....
- ۲۷) آیا تا به حال از واکسن ضد آلرژی استفاده کرده اید؟  بلی  خیر
- ۲۸) اگر جواب مثبت است، به سوالات زیر پاسخ دهید:  
 نام واکسن..... مقدار ..... مدت ..... تاثیر.....
- ۲۹) در کدامیک از بستگان شما سابقه حساسیت وجود داشته یا دارد؟  
 پدر  نوع حساسیت.....  
 مادر  نوع حساسیت.....  
 برادر  نوع حساسیت.....  
 خواهر  نوع حساسیت.....  
 فرزند  نوع حساسیت.....
- ۳۰) هر گونه اطلاعات دیگری که تصور می فرمایید قابل ذکر است:.....