

Upitnik za alergijske reakcije na ubod insekata

Datum				Pacijent: žena <input type="checkbox"/> muškarac <input type="checkbox"/>				
Težina: kg		Visina: cm		Težina reakcije:				
		1.ubod	2.ubod	3.ubod	Simptomi	1.ubod	2.ubod	3.ubod
Datum uboda					Svrab cijelog tijela			
Vrsta insekta	Pčela				Osjećaj vreline u tijelu			
	Osa				Osip			
	Stršljen				Trnjenje ruku/nogu			
	Sigurno				Otok lica			
	Nesigurno				Curenje iz nosa			
Lokalizacija uboda					Crvenilo očiju			
Vrijeme do pojave simptoma (min/h)					Stezanje u grlu			
Gdje se nalazio/la i okolnosti					Iritacija na kašalj			
Pri fizičkom naporu?					Gubitak daha			
Mentalni stres nakon uboda?					Mučnina			
Da li je žaoka ostala u koži?					Povraćanje			
Zanimanje				Nagon na mokrenje ili stolicu				
Aktivnosti na otvorenom				Vrtoglavica				
Tolerisanje kasnijih uboda Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>				Osjećaj slabosti				
Da li se bavi sa uzgojem pčela Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>				Glavobolja				
Da li u susjedstvu ima pčelara? Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>				Gubitak svijesti/trajanje				
Sezonske alergije <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Atopijski ekcem <input type="checkbox"/>				Tretman: samopomoć/ doktor				
Komorbiditeti				Adrenalin				
				Kortikosteroidi				
				Antihistaminici				
				Hospitalizacija				