

**Bethesda Gyermekkórház – Gyermekallergológia Szakrendelés**  
**Szülői kérdőív**

**Kedves Szülők, Hozzá tartozók!**

**Köszöntjük Önöket a Bethesda Gyermekkórház Gyermekallergológiai Szakrendelésén!**  
**Kérjük Önöket, hogy az alábbi kérdőívet gyermekükre vonatkozóan töltsék ki, ezzel is segítve munkánkat a hatékonyabb, alaposabb betegellátás érdekében.**

Név: \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

Taj-szám: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Igazoltak-e korábban allergiás betegséget?

- Milyen jellegű allergiát diagnosztizáltak a gyermeknél ezidáig? (korábbi papírokat csatolja be, ill. hozza magával). Amelyik jellemző a gyermekre tegyen egy x-et oda!

Szénaanátha	Asztma	Bőrtünetek: csalánkiütés, ekcéma	Étel allergia (emésztőszeri tünetek)	Gyógyszer allergia	Méh- darázméreg allergia

Milyen vizsgálatokon vett részt korábban (allergológia, bőrgyógyászat, pulmonológia, fül-orr-gégészet, gasztroenterológia)?

**Mi a panasz? Kérem írja le pár sorban, időrendben!**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Születési körülmények:**

- Milyen úton született: hüvelyi vagy császár?

- Hányadik hétre született?

\_\_\_\_\_

- Születési súly:  

---
- Születés során volt-e komplikáció?  

---

Kötelező védőoltásokat megkapta-e? Kötelező védőoltásokon kívül kapott-e oltásokat?  

---

  

---

Volt-e kórházi kezelést igénylő betegsége? Előfordul-e évi több, mint 3 alkalommal antibiotikus kezelést igénylő megbetegedés?  

---

  

---

Ismert betegség, műtét?  

---

  

---

Állandó gyógyszerei beleértve a vitaminokat, étrendkiegészítőket?  

---

  

---

Ismert-e gyógyszer allergia? Milyen tünetek jelentkeztek a gyógyszer bevitelét követően és mennyi idő elteltével?  

---

  

---

Sportol-e a gyermek?  

---

  

---

Lakás/ház: penészre hajlamos –e?  

---

  

---

Háziállatot tartanak-e? Ha igen, milyen fajta? Kint/bent tartják? Egyéb állatkontaktus?  

---

  

---

Családban allergia? (gyógyszer, étel, légúti (pl. pollen stb.))  

---

  

---

Ekcéma (csecsemőkorban, gyermekkori, serdülőkorban)?  

---

  

---

---

Csalánkiütés (6 héten belül/túl is fennáll)?

---

Gyomor-bélrendszeri tünetek? (hányás, hasmenés, puffadás, hasfájás, véres széklet, székrekedés)

---

---

Anyatejet mennyi ideig kapott?

---

Hozzátáplálás rendben zajlott-e?

---

**Ételallergia:**

Diétát tart-e? Ha igen, milyen ételt/ételeket kerül?

---

Hány éves korban kezdődtek a panaszok?

---

Milyen panaszokat észleltek az adott élelmiszer elfogyasztása után (csalánkiütés, hányás, hasmenés, tüszögés, köhögés, nehézlégzés, gyengeségérzés)?

---

Mennyi idő elteltével az adott étel elfogyasztását követően jelentkeztek a tünetek?

---

Alkalmaztak-e kezelést otthon? Orvoshoz látta-e a panaszok fennállásakor?

---

**Amennyiben légúti panaszaik vannak abban az esetben töltsék ki a kérdőív ezen részét!  
Amelyek vonatkoznak, a gyermekekre, kérjük húzzák alá a táblázatban!**

Egész évben észlelik a tüneteket vagy szezonalitást mutat? Mettől-meddig észlelik a tüneteket?

---

---

<b>Rendelkezik-e Ön az alábbi tünetekkel:</b>		
• Féloldali orrpanaszok?	igen	nem
• Sűrű, zöld vagy sárga színű orrváladék?	igen	nem
• Hátsó garatfalon lecsorgó nyák és nincsen vizes orrfolyás?	igen	nem
• Arcfájdalom?	igen	nem
• Ismétlődő orrvérzések?	igen	
• Szaglásvesztés?	igen	nem
<b>Rendelkezik-e Ön az alábbi tünetekkel naponta legalább egy órán keresztül vagy a legtöbb napon egy adott szezonban, ha a panaszai szezonálisak?</b>		
• Vizes orrváladékozás	igen	nem
• Tüsszögés, rohamokban	igen	nem
• Orrdugulás	igen	nem
• Orrviszketés	igen	nem
• Kötőhártya-gyulladás (vörös, viszkető szem)	igen	nem
<b>Egyéb plusz kérdések:</b>		
• Volt-e valaha (vagy akár többször is) sípoló légzés?	igen	nem
• Tapasztalt-e már zavaró köhögéseket, különösen éjjel?	igen	nem
• Fizikai terhelés után tapasztalt-e sípoló légzést, vagy köhögött-e ?	igen	nem
• Érez-e időnként mellkasi feszülést?	igen	nem

**KÉRJÜK KÜLDJÉK VISSZA EZT A KÉRDŐÍVET KITÖLTVE AZ E-MAIL CÍMÜNKRE (ALLERGOLOGIA@BETHESDA.HU) LEGKÉSŐBB A VIZSGÁLAT ELŐTT 1 HÉTTTEL! KÖSZÖNJÜK SZÉPEN AZ EGYÜTTMŰKÖDÉST!**