



آزمایشگاه مرکزی فردیس
کلینیکال و آناتومیکال

فرم ثبت اطلاعات مربوط به تست آلرژی

شماره فرم: F-SCO-31

ویرایش: A

صفحه: ۱ از ۲

مستندات سیستم کیفیت، هر گونه کپی و تکثیر از این سند صرفاً توسط دفتر بهبود کیفیت و بهره وری انجام خواهد شد.

نام آزمایشگاه ارسال کننده:

مشخصات فرد آزمایش دهنده:

نام و نام خانوادگی:	شماره پذیرش:	تاریخ مراجعه:
سن:	جنسیت: مذکر ☐ مونث ☐	وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐
آدرس محل سکونت و تلفن:		
لطفاً اطلاعات زیر برای کودکان و خردسالان تکمیل شود.		
شغل پدر:	شغل مادر:	آیا کودک شما به مهد می رود؟ بلی ☐ چه مدت؟ خیر ☐

- آلرژن های درخواست شده توسط پزشک (در صورت موجود بودن در برگه درخواست):
- علت مراجعه شما به پزشک چه بوده است؟
- بیشترین علائمی که سبب ناراحتی شما می شود چیست؟
- شروع این علائم از چه سنی بوده است؟
- آیا ناراحتی شما فصلی است یا دائمی؟ در کدام فصل یا فصول احساس ناراحتی بیشتری می کنید؟ بهار ☐ تابستان ☐ پاییز ☐ زمستان ☐
- کدامیک از نشانه های زیر را دارا هستید؟
بینی: گرفتگی بینی ☐ خارش ☐ ترشحات بینی ☐ کاهش حس بویایی و چشایی ☐
چشم و گوش: قرمزی چشم ☐ تورم پلک ☐ خارش چشم ☐ گرفتگی گوش ☐
پوست: قرمزی پوست ☐ راش های جلدی ☐ کهیر ☐ تورم صورت ☐
سینوس ها: سینوزیت ☐ سردرد نزدیک به چشم ☐ تب ☐
- اختلال در خواب:** تنفس از دهان ☐ بیدار شدن مکرر ☐ خستگی در طول روز ☐ اشکال در انجام کارها ☐
اختلالات گوارشی: تهوع و استفراغ ☐ دل درد ☐ اسهال ☐ دفع خون در مدفوع ☐
- کدام یک از حالات، ناراحتی شما را تشدید می کند؟ ورزش ☐ راه رفتن ☐ دویدن ☐ تنفس در هوای سرد ☐ هیجانات عاطفی ☐ خندیدن ☐ سرفه کردن ☐
- کدامیک از موارد زیر سبب ناراحتی شما می شود؟
آب و هوای گرم و خشک ☐ آب و هوای مرطوب و بارانی ☐ آب و هوای سرد ☐ راه رفتن در چمن و فضای سبز ☐ استفاده از مواد آرایشی ☐ گرد و غبار ☐ دود سیگار ☐ عطر و اسپری ☐ محیط های بسته مانند زیر زمین و یا سالن های سرپوشیده ☐
- کدامیک از حیوانات در محیط زندگی یا کار شما وجود دارد؟ گربه ☐ سگ ☐ پرنده ☐ ماهی (آکواریوم) ☐ سایر حیوانات:
- آیا دخانیات مصرف می کنید؟ بلی ☐ خیر ☐ نام ببرید:
- کدامیک از محیط ها سبب افزایش علائم آلرژیک در شما می شود؟ خانه ☐ محل کار ☐ مدرسه ☐ فضای آزاد ☐
- در چه زمانی از شبانه روزی ناراحتی شما تشدید می شود؟
- ساختمان محل زندگی و کار شما نوساز است یا قدیمی؟
- نوع کفپوش محل زندگی شما چیست؟ موکت ☐ فرش ☐ سنگ یا سرامیک ☐ پارکت ☐ غیره:
- جنس رختخواب شما از چه نوع است؟ پر ☐ پنبه ☐ پشم ☐ پشم شیشه ☐ غیره:
- سیستم گرمایشی محل کار و منزل شما چیست؟ شوفاژ ☐ شومینه ☐ بخاری گازی ☐ غیره:
- سیستم سرمایشی محل کار و منزل شما چیست؟ کولر آبی ☐ کولر گازی ☐ چیلر ☐ غیره:
- آیا به مصرف داروی خاصی حساسیت دارید؟
- آیا ماده خوراکی خاصی سبب ایجاد تحریکات آلرژیک در شما می شود؟ نام ببرید:
- کدامیک از آثار بعد از خوردن غذا در شما ایجاد می شود؟ کهیر ☐ راش در صورت ☐ سردرد ☐ غیره:
- آیا کسی از اعضای خانواده شما به غذای خاصی حساسیت دارد؟
- آیا گزش زنبور یا حشرات دیگر در شما ایجاد واکنش شدید کرده است؟ بلی ☐ خیر ☐ نوع حشره را نام ببرید:
- تماس با کدامیک از موارد زیر در شما ایجاد حساسیت پوستی کرده است؟
- لباس ☐ عطر ☐ لوسیون های بدن ☐ شامپو ☐ صابون ☐ شوینده ها ☐ جواهرات ☐ پودر لاتکس ☐ مواد آرایشی ☐
- آیا کسی از بستگان درجه یک شما سابقه آلرژی و حساسیت دارد؟ بلی ☐ پدر ☐ مادر ☐ خواهر ☐ برادر ☐ فرزند ☐ چه نوعی؟ خیر ☐
- آیا تاکنون از داروی ضد حساسیت خاصی استفاده کرده اید؟ بلی ☐ چه نوعی؟ خیر ☐

شماره فرم: F-SCO-31 ویرایش: A صفحه: ۲ از ۲	فرم ثبت اطلاعات مربوط به تست آلرژی	 آزمایشگاه مرکزی فردیس کلینیکال و آناتومیkal
	مستندات سیستم کیفیت، هر گونه کپی و تکثیر از این سند صرفاً توسط دفتر بهبود کیفیت و بهره وری انجام خواهد شد.	

نام و نام خانوادگی:	شماره پذیرش:
---------------------	--------------

نتایج آزمایشگاهی (لطفاً در این قسمت به هیچ وجه چیزی ننویسید)

ردیف	نام آلرژن انتخابی	کد آلرژن	کد پذیرش	نتیجه آزمایش
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Total IgE:

تاریخ انجام آزمایش:

نام آزمایش کننده: