

KASIT

-Kvalitetsregister för Allergen specifik Immunterapi

Rapport från arbetsgruppen för KASIT

Arbetsgruppen har delat in arbetat i en allmän del och en specifik del. Den allmänna delen är tänkt som uppföljnings underlag för de enheter som idag bedriver ASIT. Detta för att kunna värdera rutin och kvalitetssäkringsarbete som bedrivs på enheter som utför ASIT

Den specifika delen består av förslag till utredning och uppföljningsparametrar som kan användas inför och under ASIT behandling. Dessa parametrar skall sedan kunna ligga till grund för ett nationellt kvalitetsregister.

Arbetsgruppen är initierad av SFFA. Möten inklusive måltid och resor är finansierat av SFFA. Lön för tid och övrigt arbete står respektive arbetsgruppsmedlem för.

Innehåll

Allmän del

Specifik del

Uppstart luftvägsallergi

Uppstart Insektsallergi

Uppföljning luftvägsallergi

Uppföljning insektsallergi

Uppföljning SLIT

Avslutning

VAS skalor

Arbetsgrupp

Anna Ander, Allergisjuksköterska, Södersjukhuset Stockholm

Monica Arvidsson, Vuxenallergolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg

Annika Bogg, Allergisjuksköterska, Universitetssjukhus i Linköping

Christina Heinrich, ÖNH läkare, Centrallasarettet Västerås

Hampus Kiotseridis (sekreterare), Barnläkare, Skånes Universitetssjukhus Malmö

Ulla Nyström-Kronander, Vuxenallergolog, Universitetssjukhus i Linköping

Sabina Rak, Vuxenallergolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg

Victoria Strand, Vuxenallergolog, Astma o Allergimottagningen, S:t Görans sjukhus Stockholm

Päivi Söderman, Barnallergolog, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm

Alf Tunsäter (ordförande), Vuxenallergolog, Skånes Universitetssjukhus Lund

Søren Wille, Barnallergolog, Helsingborgs lasarett

Allmän del

Enkätfrågor avseende ASIT

1. Vilka sjukdomar behandlar ni med ASIT

- Rinit Ja Nej
- Astma Ja Nej
- Insektsallergi Ja Nej
- Annat vad___ Ja Nej

2. Är pat utvärderad avseende optimal medicinering före beslut om ASIT behandling, dvs följd under ≥ 1 säsong

- Ja Nej

3. Vilken allergidiagnostik används före ASIT beslut

1. Pricktest Ja Nej Ibland
 2. Specifika IgE Ja Nej Ibland
 3. Komponentdiagnostik Ja Nej Ibland
 4. Allergen provokation Ja Nej Ibland
- Vad _____

4. Anser ni följande preparat vara kontraindicerade vid ASIT.

1. Beta-blockerare? Ja Nej Individuellt
2. ACE-hämmare? Ja Nej Individuellt

5. Görs spirometri inför start av ASIT

1. Alltid Ja Nej
2. Enbart vid astma Ja Nej

6. Vilka kontroller görs före varje allergeninjektion?

1. Lungfunktion, t.ex PEF Ja Nej

2. pågående allergibesvär/infektion/AT Ja Nej
3. reaktioner efter föregående injektion Ja Nej

7. Vem gör värderingen?

- Läkare Sjuksköterska Båda Annan _____

8. Vilka kontroller görs innan patienten lämnar mottagningen efter allergeninjektion givits?

- AT Ja Nej
Injektionsställe Ja Nej
Lungfunktion Ja Nej

9. Är patienten ordinerad att ta antihistamin inför varje injektion?

- Ja Nej Aldrig Individuellt

10. Hur går ni tillväga praktiskt?

- a. Vem ordinerar allergendos Läkare Sjuksköterska Varierar
b. Vem ger injektion Läkare Sjuksköterska Varierar

11. Har sjuksköterskan skriftlig delegering för

- a. Dosering av extrakten Ja Nej
b. Anafylaxibehandling Ja Nej

12. Har ni personbundna batcher?

- Ja Nej

13. Vilken längd på underhållsbehandling?

- c. Inhalationsallergen? 3 år 5 år Individuellt
d. Insektsallergen? 3 år 5 år Individuellt

14. Gör ni dosreduktion under pollensäsong?

- Ja Nej Individuellt

15. Rapporteras allvarliga systembiverkningar till biverkningsenheten?

- Ja Nej I regel Ibland

16. Vad görs med kvarstående kliande noduli på injektionsstället?

- a. Utredds för aluminiumöverkänslighet Ja Nej
- b. Byter injektionställe Ja Nej
- c. Avbryter behandling Ja Nej Ibland
- Byter till vattenlösligt Ja Nej Ibland
- d. Fortsätter oförändrat Ja Nej Ibland
- Annat åtgärd Ja. Vilken..... Nej

17. Hur är mottagningen organiserad?

- Öppen mottagning Tidsbeställd mottagning

18. Hur många timmar per vecka har ni ASIT mottagning? _____

19. Hur många dagar per vecka har ni ASIT mottagning? _____

20. Hur många extrakt startas maximalt samtidigt? _____

Standardschema JA antal veckor _____

Snabbschema JA antal veckor _____

21. Vilket är det maximala antalet extrakt som används per patient _____

22. Utbildning.

Har medverkande vårdpersonal genomgått SFFAs utbildning eller motsvarande om ASIT?

- a. Läkare Ja Nej
- b. Sjuksköterska Ja Nej

23. Har ni egen vårdplan eller eget lokalt PM för ASIT behandling?

- Ja Nej

24. Finns alltid både läkare och sköterska närvarande vid ASIT behandling?

- Ja Nej

25. Kontrolleras patientID

- Ja Nej

26. Kontrolleras dos av minst 2 personer

- Ja Nej

27. Dokumenteras batchnummer

- Ja Nej

28. Hur många övningar i omhändertagande av anafylaktisk reaktion har ni haft senaste 5 års perioden? _____

29. Ges muntlig och skriftlig information till patienten om praktiska rutiner och säkerhetsregler vid ASIT start? Ja Nej

För barnallergimottagning:

30. Har barn alltid vårdnadshavare med vid alla besök? Ja Nej

31. Vid vilken ålder låter ni barnen komma till mottagningen utan vårdnadshavare? _____ år

Specifik del

ASIT- inför start Luftvägsallergi

Namn:

Pers nr:

Datum:

Indikation

- Rinokonjunktivit, Ja Nej
- Rinokonjunktivit + astma Ja Nej
- Annat (t.ex. endast astma) Ja _____

Kontraindikationer (absoluta/ relativa)

Ja Nej

Om ja, orsak:

Svårt Eksem

Ja Nej

Svår/okontrollerad astma

Ja Nej

Betablockad

Ja Nej

ACE hämmare

Ja Nej

Annat:

Ja _____

Sensibilisering

- Björk Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- Timotej Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- Gråbo Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- Katt Prick: Pos Neg Specifik IgE: kU/L
- Hund Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- Häst Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- D Pteronyssinus Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- D Farinae Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- Bi Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- Geting Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- Aspergillus Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- Cladosporium Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- Annat

Komponentdiagnostik (rulllista)

- Bi rApi m 1
- Geting rVes v 5
- Annat

Lungfunktion (enligt NAR)

- VC
- FVC
- FEV₁
- FEV%
- Reversibilitet
- NO
- Astmadiagnos Ja Nej

Svårighetsgrad Rinit

Klassificering (enligt ARIA, kan hjälptext finnas?)

- Typ Intermittent Persisterande
- Svårighetsgrad Lindrig Måttligt/svår

Patientens värdering av besvär

Symtom (använd VAS skala formulär 0-10)

	Vår (björk)	Sommar (gräs, gråbo)	Året runt (Kvalster, pälsdjur)
Symtom ögon			
Symtom näsa			
Symtom lungor			
Allmänsymtom, ex trötthet			
Korsreaktivitet (munklåda, magont)			
Symtom vid exponering för perenna allergen	XXXXXX	XXXXXXXXXX	

Livskvalitet (för hela perioden, 1 gång per år)

- Livskvalitet (olika alternativ) Total poäng (Summa) _____
 - RQLQ
 - Generiskt frågeformulär?

Vilket frågeformulär är ej bestämt.

Medicinering

Antihistamin-tablett

Ex. Clarityn/Loratadin, Zyrlex/cetirizin, Versal, Aeries

Aldrig/Enstaka op. Då och då 1p. Dagligen 2p.

Lokalbehandling näsa, förutom kortison

Ex. Lomudal, Livostin, Lastin

Aldrig/Enstaka op. Då och då 1p. Dagligen 2p.

Lokalbehandling ögon

Ex. Tilavist, Lomudal, Livostin, Emadine, opatanol

Aldrig/Enstaka op. Då och då 1p. Dagligen 2p.

Inhalerad luftrörsvidgande medicin

Ex Bricanyl, Ventoline, Oxis, Serevent

Aldrig/Enstaka op. Då och då 1p. Dagligen 2p.

Lokalt kortison i näsa

Ex. Rhinocort, Desonix, Flutide Nasal, Nasonex, Nasacort

Aldrig/Enstaka op. Då och då 2p. Dagligen 4p.

Inhalerad Kortison

Ex. Pulmicort, Flutide, Becotide, Beclomet. Kombinationspreparat; Seretide, Symbicort

Aldrig/Enstaka op. Då och då 2p. Dagligen 4p.

Övrigt

Ex. Singulair, TheoDur

Aldrig/Enstaka op. Då och då 2p. Dagligen 4p.

Kortisontabletter eller kortisonögondroppar

Ex. Betapred, Prednisolon

Aldrig/Enstaka op. Då och då 4p. Dagligen 8p.

Kortisoninjektion

Ex. Depo-Medrol

4p.

Xolair

4p.

Total Medicin poäng:

_____ Poäng

Planerad ASIT:

Allergen för ASIT (rull lista)

- Björk/ 3-lövträd Ja Nej
- Timotej/PDL-gräs/5-gräs Ja Nej
- Gråbo Ja Nej
- Katt Ja Nej
- Hund Ja Nej
- Häst Ja Nej
- Kvalster D pter Ja Nej
- Kvalster,2-kvalster Ja Nej
- Bi Ja Nej
- Geting Ja Nej

SLIT

SCIT

ASIT- inför start geting/bi

Namn:

Pers nr:

Datum:

Indikation:

Anafylaxi

Ja Nej

Annan indikation:

Urticaria/angioödem

Ja Nej

Oro

Ja Nej

Långt avstånd till sjukhus

Ja Nej

Exponeringsrisk

Ja Nej

Mastocytos

Ja Nej

Kontraindikationer (absoluta/ relativa)

Ja Nej

Om ja, Orsak:

Svårt Eksem

Ja Nej

Svår/okontrollerad astma

Ja Nej

Betablockad

Ja Nej

ACE hämmare

Ja Nej

Annat:

Ja _____

Sensibilisering

- Bi Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- Geting Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l

Komponentdiagnostik

- Bi rApi m 1 Specifik IgE: KU/l
- Geting rVes v 5 Specifik IgE: KU/l
- Luftvägsallergi Ja Nej

Om ja; undermeny sensibiliseringar som vid uppstart pollen/pälsdjur

Sensibilisering

- Björk Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- Timotej Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- Gråbo Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- Katt Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/L
- Hund Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- Häst Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l
- D Pteronyssinus Prick: Pos Neg Specifik IgE: KU/l

- | | | | | |
|----------------|------------|------------------------------|--|------|
| • D Farinae | Prick: Pos | <input type="checkbox"/> Neg | <input type="checkbox"/> Specifik IgE: | KU/1 |
| • Bi | Prick: Pos | <input type="checkbox"/> Neg | <input type="checkbox"/> Specifik IgE: | KU/1 |
| • Geting | Prick: Pos | <input type="checkbox"/> Neg | <input type="checkbox"/> Specifik IgE: | KU/1 |
| • Aspergillus | Prick: Pos | <input type="checkbox"/> Neg | <input type="checkbox"/> Specifik IgE: | KU/1 |
| • Cladosporium | Prick: Pos | <input type="checkbox"/> Neg | <input type="checkbox"/> Specifik IgE: | KU/1 |

Lungfunktion (enligt NAR)

- VC
- FVC
- FEV₁
- FEV% (kvoten)
- Reversibilitet
- NO
- Astmadiagnos Ja Nej

Reaktion vid stick (mot det man är allergisk mot)

Dr bedömning

Anafylaxi grad 1-3 (ev hjälptext?) Grad

Patientens upplevelse

Lokala symtom (smärta/lokal svullnad)	VAS _____ skala 0-10
Allmänsymtom som trötthet, obehag	VAS _____ skala 0-10
Nässelutslag, klåda	VAS _____ skala 0-10
Andningssvårigheter	VAS _____ skala 0-10
Symtom från mag-tarm kanalen	VAS _____ skala 0-10

Livskvalitet

Använd VAS skala formulär 0-10

- Rädsla för att bli stucken VAS _____ skala 0-10
- Påverkan i vardagen pga allergi VAS _____ skala 0-10
- Har du adrenalinberedskap Ja Nej

ASIT- Uppföljning SCIT - luftvägsallergi

Namn:

Pers nr:

Datum:

Påbörjad behandling År _____ Mån _____

Uppnådd underhållsdos: _____ SQ

År efter uppstart 1 år 2år 3år

Använt upptrappningsschema: _____ veckors
Verklig tidsåtgång _____ veckor

Biverkningar (rullista för varje allergen)

• Biverkningar Allmänna: Inga Ja , enstaka Ja fler än 3 ggr
Trötthet, ledvärk

Biverkningar Lokala: Inga Ja , enstaka Ja fler än 3 ggr
Som påverkat dosering

• Lindrig Systemisk reaktion Inga Ja , enstaka Ja fler än 3 ggr
Rinit Urticaria

• Allergisk reaktion som behandlats med adrenalin
 Inga Ja , enstaka Ja fler än 3 ggr

Om ja; Anafylaxigradering grad 1 grad 2 grad 3

• Kliande noduli Ja Nej

Tillkommit under behandling:

• Utvecklat annan svår sjukdom under behandling: Nej
 Ja: _____

• Blivit gravid under behandlingen Ja Nej

• Hur stor nytta i förhållande till besvär upplever du att behandlingen givit
VAS _____ skala 0-10

Lungfunktion

- VC
- FVC
- FEV₁
- FEV₁%
- Reversibilitet
- Astmadiagnos

Ja Nej

Patientens värdering av besvär

Nedanstående värdering görs för tre perioder

Symtom (använd VAS skala formulär 0-10)

	Vår (björk)	Sommar (gräs, gråbo)	Året runt (Kvalster, pälsdjur)
Symtom ögon			
Symtom näsa			
Symtom lungor			
Allmänsymtom, ex trötthet			
Korsreaktivitet (munklåda, magont)			
Symtom vid exponering för perenna allergen	XXXXXX	XXXXXXXXXX	

Livskvalitet (för hela perioden 1 per år)

- Livskvalitet
Vilket frågeformulär är ej bestämt.

Total poäng (summa) _____

Korsallergi

Ja Nej

- Svårighetsgrad (munklåda, magont)

VAS _____ skala 0-10

Övrigt

- Hur stor nytta i förhållande till besvär upplever du att behandlingen givit

VAS _____ skala 0-10

Medicinering

Antihistamin-tablett

Ex. Clarityn/Loratadin, Zyrlex/cetirizin, Versal, Aerius

Aldrig/Enstaka op. Då och då 1p. Dagligen 2p.

Lokalbehandling näsa, förutom kortison

Ex. Lomudal, Livostin, Lastin

Aldrig/Enstaka op. Då och då 1p. Dagligen 2p.

Lokalbehandling ögon

Ex. Tilavist, Lomudal, Livostin, Emadine, opatanol

Aldrig/Enstaka op. Då och då 1p. Dagligen 2p.

Inhalerad luftrörsvidgande medicin

Ex Bricanyl, Ventoline, Oxis, Serevent

Aldrig/Enstaka op. Då och då 1p. Dagligen 2p.

Lokalt kortison i näsa

Ex. Rhinocort, Flutide Nasal, Nasonex, Nasacort

Aldrig/Enstaka op. Då och då 2p. Dagligen 4p.

Inhalerad Kortison

Ex. Pulmicort, Flutide, Becotide, Beclomet. Kombinationspreparat; Seretide, Symbicort

Aldrig/Enstaka op. Då och då 2p. Dagligen 4p.

Övrigt

Ex. Singulair, TheoDur

Aldrig/Enstaka op. Då och då 2p. Dagligen 4p.

Kortisontabletter eller kortisonögondroppar

Ex. Betapred, Prednisolon

Aldrig/Enstaka op. Då och då 4p. Dagligen 8p.

Kortisoninjektion

Ex. Depo-Medrol

4p.

Xolair

4p.

Total Medicin poäng:

_____ Poäng

SLIT- Uppföljning

Namn:

Pers nr:

Datum:

Allergen:
Produktnamn

Behandling påbörjad:

År _____ Mån _____

Helårsbehandling

Ja Nej

Försäsongsbehandling

Ja Nej

Uppskattad följsamhet

0-20% 20-40% 40-60% 60-80% 80-100%

Biverkningar

- Biverkningar Allmänna: Inga Ja ,övergående
Ja,återkommande
Trötthet, ledvärk, halsbränna
- Biverkningar Lokala: Inga Ja ,övergående
Ja,återkommande
Klåda, sveda, svullnad (i mun o svalg)
- Lindrig Systemisk reaktion Inga Ja , enstaka Ja fler än 3 ggr
Rinit Urticaria
- Allvarlig reaktion som behandlats med adrenalin Ja Nej
Om ja; Anafylaxigradering grad 1 grad 2 grad 3
- Utvecklat annan svår sjukdom under behandling: Ja Nej
Om ja: Vilken _____
- Blivit gravid under behandlingen Ja Nej

Lungfunktion

- VC
- FVC
- FEV₁
- FEV₁%
- Reversibilitet

- Astmadiagnos

Ja Nej

Symtom

(använd VAS skala formulär 0-10)

- Symtom Ögon (pollenallergi under säsong)
- Symtom Näsa
- Symtom Luftvägar
- Allmänt (upplevt allergibesvär)

VAS _____ skala 0-10

VAS _____ skala 0-10

VAS _____ skala 0-10

VAS _____ skala 0-10

Livskvalitet

- Livskvalitet

Total poäng (Summa) _____

Korsallergi

Ja Nej

- Svårighetsgrad (munklåda, magont)

VAS _____ skala 0-10

Övrigt

- Hur stor nytta i förhållande till besvär upplever du att behandlingen givit

VAS _____ skala 0-10

Medicinering

Antihistamin-tablett

Ex. Clarityn/Loratadin, Zyrlex/cetirizin, Versal, Aerius

Aldrig/Enstaka op. Då och då 1p. Dagligen 2p.

Lokalbehandling näsa, förutom kortison

Ex. Lomudal, Livostin, Lastin

Aldrig/Enstaka op. Då och då 1p. Dagligen 2p.

Lokalbehandling ögon

Ex. Tilavist, Lomudal, Livostin, Emadine, Opatanol

Aldrig/Enstaka op. Då och då 1p. Dagligen 2p.

Inhalerad luftrörsvidgande medicin

Ex Bricanyl, Ventoline, Oxis, Serevent

Aldrig/Enstaka op. Då och då 1p. Dagligen 2p.

Lokalt kortison i näsa

Ex. Rhinocort, Desonix, Flutide Nasal, Nasonex, Nasacort

Aldrig/Enstaka op. Då och då 2p. Dagligen 4p.

Inhalerad Kortison

Ex. Pulmicort, Flutide, Becotide, Beclomet. Kombinationspreparat; Seretide, Symbicort

Aldrig/Enstaka op. Då och då 2p. Dagligen 4p.

Övrigt

Ex. Singulair, TheoDur

Aldrig/Enstaka op. Då och då 2p. Dagligen 4p.

Kortison-tabletter eller kortisonögondroppar

Ex. Betapred, Prednisolon

Aldrig/Enstaka op. Då och då 4p. Dagligen 8p.

Kortisoninjektion

Ex. Depo-Medrol

4p.

Xolair

4p.

Total Medicin poäng: _____ Poäng

Uppföljning Bi / Geting

Namn:

Pers nr:

Datum:

Allergen:

Påbörjad behandling: År _____ Mån _____

Uppnådd underhållsdos: datum? _____ _____ SQ

Injektionsintervall vid underhållsdos _____ veckor

Använt upptrappningsschema: _____ Veckors

Biverkningar

- Biverkningar Allmänna: Inga Ja , enstaka Ja fler än 3 ggr
Trötthet, ledvärk
- Biverkningar Lokala: Inga Ja , enstaka Ja fler än 3 ggr
Som påverkat dosering
- mild systemreaktion Inga Ja , enstaka Ja fler än 3 ggr
Rinit Urticaria
- Allergisk reaktion som behandlats med adrenalin
 Inga Ja , enstaka Ja fler än 3 ggr
Om ja; Anafylaxigradering grad 1 grad 2 grad 3
- Utvecklat annan svår sjukdom under behandling: Ja Nej
Om ja: Vilken _____
- Blivit gravid under behandlingen Ja Nej

Lungfunktion

- VC
- FVC
- FEV₁
- FEV₁%
- Reversibilitet

Har du fått stick av det du är allergisk mot

Ja Nej

Reaktion vid stick

Läkar bedömning

Anafylaxi grad I-III (ev hjälptext?)

Patientens upplevelse

Lokala symtom (smärta/lokal svullnad)

VAS _____ skala 0-10

Allmänsymtom som trötthet, obehag

VAS _____ skala 0-10

Nässelutslag, klåda

VAS _____ skala 0-10

Andningssvårigheter

VAS _____ skala 0-10

Symtom från mag-tarm kanalen

VAS _____ skala 0-10

Jämfört med föregående gång

mindre oförändrat värre

Behandling vid stick

Adrenalin

Ja Nej

Kortison-tabletter

Ja Nej

Antihistamin

Ja Nej

Livskvalitet

Använd VAS skala formulär 0-10

- Rädsla för att bli stucken
- Påverkan i vardagen pga insektsallergi
- Har du tillgång till adrenalinpenna
- Hur stor nytta i förhållande till besvär upplever du att behandlingen givit

VAS _____ skala 0-10

VAS _____ skala 0-10

Ja Nej

VAS _____ skala 0-10

ASIT- Avslutning (kompletterar det ordinarie uppföljningsformuläret)

Namn:

Pers nr:

Datum:

Allergen för ASIT (rull lista)

- Björk/3-lövträd Ja Nej
- Timotej/5-gräs Ja Nej
- Gråbo Ja Nej
- Katt Ja Nej
- Hund Ja Nej
- Häst Ja Nej
- Kvalster Ja Nej
- Bi Ja Nej
- Geting Ja Nej

Avslutning

- Behandling slutförd enligt plan Ja Nej

- Avslut i förtid Ja Nej
Orsak:
- Dålig följsamhet Ja Nej
- Dålig effekt Ja Nej
- Biverkningar Ja Nej

Om Ja vad? _____

- Annan sjukdom Ja Nej

Om Ja vilken? _____

- Eget önskemål Ja Nej
- Flyttat (ingen behandling på ny ort) Ja Nej
- Flyttat (behandling fortsatt på ny ort) Ja Nej

Nedan står under "Allmänt" "under säsongen som gått." ? Gäller här perenna allergen.

Hur mycket har du besvärats av följande på grund av din allergi?

(ex katt, kvalster)

Markera med ett kryss (X) på skalan från 0 som är inte alls besvärad, till 10 som är väldigt besvärad.

Näsa
rinnande näsa
täppt
klände
nysande

Inte alls besvärad Väldigt besvärad

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ögon
röda ögon
klåda i ögon
rinnande ögon

Inte alls besvärad Väldigt besvärad

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lungor
hosta
andningsbesvär
pip från lungor
astmabesvär vid
ansträngning

Inte alls besvärad Väldigt besvärad

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Allmänt
Hur besvärad har du varit av din allergi under säsongen som gått?
exempel : trötthet, påverkan i vardagen

Inte alls besvärad Väldigt besvärad

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tack för dina svar! 

Hur mycket har du besvärats av följande under pollensäsong?

Markera med ett kryss (X) på skalan från 0 som är inte alls besvärad, till 10 som är väldigt besvärad.

Inte alls besvärad Väldigt besvärad

Näsa
rinnande näsa
täppt
klåande
nysande

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inte alls besvärad Väldigt besvärad

Ögon
röda ögon
klåda i ögon
rinnande ögon

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inte alls besvärad Väldigt besvärad

Lungor
hosta
andningsbesvär
pip från lungor
astmabesvär vid
ansträngning

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inte alls besvärad Väldigt besvärad

Allmänt
Hur besvärad har du varit av din allergi under säsongen som gått?
exempel : trötthet, påverkan i vardagen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inte alls besvärad Väldigt besvärad

Korsreaktivitet
klåda och irritation i mun och svalg, magont vid intag av föda.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tack för dina svar! 