

Obrazec 5

Letno poročilo o izvajanju sublingvalne imunoterapije (SLIT)*

Ime in priimek bolnika _____ Datum rojstva _____

Ime in priimek specialista alergologa, ki bo vodil imunoterapijo

_____ Zaporedna št. v registru : _____

Ocena učinka SLIT v letu 20__

Farmakoterapija, ki jo je bolnik letos prejemal zaradi alergije:

	po potrebi	redno v sezoni	redno celo leto
<input type="checkbox"/> sistemski antihistaminik	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> nosni antihistaminik	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> antihistaminik kapljice za oči	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> nosni glukokortikoid	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> inhalacijski glukokortikoid	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> antilevkotrien	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> bronhodilatator	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> sistemski glukokortikoid	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> drugo _____	_____	_____	_____

Kateri mesec so bile bolnikove težave z alergijo najbolj intenzivne:

Teža rinokonjunktivitisa v zadnji sezoni:

	ni težav 0	malo težav 1	zmerne težave 2	veliko težav 3	ekstremne težave 4
Kihanje					
Zamašenost nosu					
Izcedek iz nosu					
Srbeče oči					
Srbenje v v ustni votlini					
Srbenje v sluhovodih					
Kašelj					
Dušenje					
Urtikarija					
Utrujenost					

Za koliko procentov so simptomi manj burni, kot pred uvedbo SLIT (ocena bolnika): _____%

Podpis alergologa, ki vodi SLIT

Datum:
