

Požiadavka na 1. vyšetrenie (vyplní lekár)

Vyšetrenie žiada:

Lekár primárneho kontaktu (obvodný pediater): meno:

Immunológ/alergológ: meno:

Iný lekár: špecializácia:

Dôvod vyšetrenia:

A.) Systémová alergická reakcia (opuchy, žihľavka, bledosť, sťažené dýchanie, vracanie, hnačky) po

potravine: ; lieku: ; poštipnutí osa/včela: ; neznáma:

B.) Astma vyžadujúca hospitalizáciu alebo opakované podávanie Ventolínu:

C.) Generalizovaná atopická dermatitída:

D.) Podozrenie na imunodeficienciu:

a) Komplikované alebo zdĺhavé infekcie vyžadujúce ATB (začiarknuť všetky správne)

ucha: prínosové dutiny: priedušky: pľúca: iné:

b) Dysregulačné poruchy imunity (autoimunita, atopia, zápalové stavy):

cytopénia: endokrinopatia: kožné: celiakia/hepatopatia:

c) Rodinný výskyt: áno nie

E.) Periodické horúčky a horúčky nejasnej príčiny:

Vek prvých príznakov: (mesiac, rok)

Trvanie horúčkovej epizódy: (dni)

Trvanie asymptomatickej fázy: (dni, týždne)

Spríevodné príznaky počas horúčky:

F.) Iný dôvod vyšetrenia:

.....

.....