**Анкета-опитувальник для пацієнта**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Впишіть чи підкресліть*** | ***Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ р.*** |

***Опитувальник***

***Прізвище, ім’я, по батькові***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***стать (чол., жін.) Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***СКАРЖИТЕСЯ НА: напади ядухи*** *(так, ні)****, задишки чи тяжкого дихання*** *(так, ні)****, задушливого кашлю*** *(так, ні)****, періодичні хрипи (свисти),*** *які чути на відстані (так, ні)*

***Часту чи постійну закладеність носа*** *(так, ні)****, виділення з носа без простуди*** *(так, ні)****, свербіння та/або почервоніння очей*** *(так/ні)****, повік*** *(так/ні)****, носа*** *(так, ні)* ***цілорічно*** *(так, ні)****, чи у весняно-літній період*** *(так, ні)****, висипи на шкірі*** *(так, ні)****, її почервоніння*** *(так, ні)****, набряки шкіри*** *(так, ні)****, відчуття свербежу шкіри*** *(так/ні)****, болі у животі*** *(так, ні)****, нудота*** *(так, ні)****, часті діареї*** *(так, ні)****, втрата свідомості*** *(так, ні)****, зниження артеріального тиску*** *(так, ні)****, затруднення дихання*** *(так, ні) та ін.*

***Вищенаведені скарги виникають після застосування ЛЗ*** *(так, ні),* ***харчових продуктів*** *(так, ні),* ***побутової хімії*** *(так, ні),* ***контакту з різними речовинами на виробництві*** *(так, ні),* ***інші речовини*** *(які \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (так/ні).*

*У Вас раніше були виявлені* ***бронхіальна астма*** *(так, ні),* ***алергічний риніт*** *(так, ні),* ***алергічний дерматит*** *(так, ні),* ***інші алергічні захворювання*** *(так, ні),* ***небезпечні реакції на укуси комах*** *(так, ні).*

*Які є у пацієнта інші хронічні захворювання (особливо автоімунні, хвороби нирок, печінки і жовчного міхура, шлунку і кишківника, підшлункової залози, щитовидної залози, інші \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).*

*Чи існують харчові продукти, харчові домішки, які не переносить пацієнт.*

Обов’язкова наявність підпису пацієнта, підпису лікаря