Para indicações estatísticas

SERVIÇO: _____

Data _____ **Historial clínico infantil n.º** _____

Doente _____ **Data de nascimento** _____

Domicilio _____ **Telefone** _____

Concelho _____ **Província** _____

a) SINTOMAS

NASAIS		RESPIRATÓRIOS		CUTÂNEOS		CONJUNTIVAIS	
Secreção Aquosa		Asma		Prurido		Lacrimejo	
Secreção Purulenta		Dispneia		Eritema		Ardor	
Espirros		Tosse		Urticária		Secreção ocular	
Obstrução		Sibilâncias		Edema		Injecção ocular	
				Eczema			

INÍCIO E DURAÇÃO DOS SINTOMAS:

b) ASMA – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

FREQUÊNCIA		INTENSIDADE		DURAÇÃO		INTERVALO	
Tipo I (trimestral)		Forte		Minutos		Livre	
Tipo II (mensal)		Moderada		Horas		Rinite	
Tipo III (quinzenal)		Ligeira		Dias		Tosse espasmódica	
Tipo IV (semanal)				Semanas		Arquejo com o esforço	
Crónico				Meses		Sibilantes	

c) INCIDÊNCIA

Permanente		Diurna		No campo	
Estacional		Nocturna		No carro	
Esporádica		Dentro de casa		Na escola	
Imprecisa		Fora de casa		No desporto	

PRECISÕES:

d) CARACTERÍSTICAS DA CASA

Sótãos		Alcatifa		Centro cidade	
Rés-do-chão		Madeira		Zona residencial	
Andar		Mosaico		Zona industrial	
Construção antiga		Ladrilhos		Zona agrícola	
Construção nova		Paredes pintadas		Zona não urbanizada	
		Paredes forradas a papel			

Variação dos sintomas em mudanças de casa? _____

Localização da casa? _____

Melhorou com mudanças de localidade? _____

Estabeleceu medidas higiénicas? _____ Quais? _____

e) CARACTERÍSTICAS QUARTO

Alcatifa		Muito decorado		Arejado para o exterior	
Tapetes		Com livros		Arejado com pátio coberto	
Papel de parede		Brinquedos		Arejado com pátio descoberto	
Pintado		Manchas humidade		Por outra divisão	
Armários encastrados		Cama dobrável			
Armários móvel		Toucador			
		Beliches			

Partilha o quarto? Nº Pessoas Crianças?

Material colchão Material almofada

f) CONTACTO COM ANIMAIS (D = doméstico P = profissional)

Animal	D	P	Animal	D	P	Animal	D	P
Cabra			Coelho			Periquito		
Canário			Galinha			Pomba		
Cão			Ganso			Porco		
Cavalo			Gato			Vaca		
Cobaia			Hamster					

g) ALIMENTAÇÃO

Tipo de alimentação _____

Come peixe azul e marisco? _____ Cru ou elaborado? _____

Conservas em lata? _____

Pão _____ Leite _____ Ovos _____ Chocolate _____

Limonadas ou laranjadas artificiais ou naturais? _____

Teve algum problema com algum alimento? _____

Desagrada-lhe algum alimento? _____

h) MEDICAMENTOS (H = habitualmente E = esporadicamente)

Teve problemas com algum destes medicamentos?

	H	E		H	E		H	E
Analgésicos			Laxantes			Vasoconstrictores		
Ácido acetilsalicílico			Sulfamidas			Anestésicos		
Antibióticos			Tranquilizantes					
Hormonas			Vitaminas					

i) ANTECEDENTES FAMILIARES

	ASMA	RINITE	URTICARIA	ECZEMA	OUTROS
Pai					
Mãe					
Irmãos					
Avô paterno					
Avô materno					
Avó paterna					
Avó materna					

j) FACTORES AGRAVANTES DOS SINTOMAS

Antes dos ataques tem sintomas característicos? _____

Ao realizar um esforço corporal sente fadiga ou palpitações? _____

As emoções afectam-no? _____

Sente a passagem de sistemas frontais? _____

Sente efeitos da poluição? _____

k) TESTES DE DIAGNÓSTICO ESPECÍFICOS

Fizeram-lhe testes de diagnóstico específicos? _____

Testes cutâneos ou de provocação? _____

Quando lhe fizeram os testes? _____

Resultados _____

l) TRATAMENTOS RECEBIDOS

Seguiu algum tratamento até agora? _____

Influenciou este tratamento os sintomas? _____

Recebeu imunoterapia? _____

l) TRATAMENTOS RECEBIDOS (Cont.)

Medicamentos que toma actualmente { Crise _____ / Intercrise _____

Precisou de assistência urgente? _____ Foi hospitalizado? _____

Fez testes de dieta? _____ de exclusão? _____

Outras _____

Resultados _____

m) OBSERVAÇÕES SOBRE OUTRAS DOENÇAS

Tosse Convulsa _____ Sarampo _____ Rubéola _____

Varicela _____ Tuberculose _____ Hepatite _____

n) HISTORIAL CLÍNICO RESUMIDO

DATAS	

Laboratórios LETI, Ldª
Rua Palmira, 66 2ºA – 1170-289 Lisboa
Tel.: 218 160 920 – Fax. 218 160 929
www.leti.com
alergia@leti.com