l) PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ESPECÍFICAS

¿Le han hecho pruebas diagnósticas específicas?_____

¿Pruebas cutáneas o de provocación?_____

¿Cuándo le realizaron las pruebas?_____

Resultados _____

m) OBSERVACIONES SOBRE OTRAS ENFERMEDADES O INTERVENCIONES

¿Úlcera gástrica?_____ ¿Diabetes?_____

¿Osteoporosis?_____ ¿Reumatismo infeccioso?_____ ¿Nefritis?_____

Otras enfermedades:_____

Amigdalectomía _____ ¿cuándo?_____ Adenoidectomía _____ ¿cuándo? _____

Otras intervenciones _____

n) HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA

FECHAS	

Laboratorios LETI, S.L
www.leti.com - alergia@leti.com

Para indicaciones estadísticas

SERVICIO: _____

COMPAÑÍA ASEGURADORA: _____

_____

Historia clínica Adulto n.º _____

Fecha _____

Paciente _____ **Edad** _____

Fecha de nacimiento _____ **Profesión** _____

Domicilio _____ **Teléfono** _____

Población _____ **Provincia** _____ **C.P.** _____

a) SÍNTOMAS

NASALES		RESPIRATORIAS		CUTÁNEAS		CONJUNTIVALES	
Secreción acuosa		Asma		Prurito		Lagrimeo	
Secreción purulenta		Disnea		Eritema		Picor	
Estornudos		Tos		Urticaria		Secreción ocular	
Obstrucción		Sibilancias		Edema		Inyección ocular	
		Expectoración		Eccema			

INICIO Y DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS:

b) INCIDENCIA

Permanente		Diurna		En el campo	
Estacional		Nocturna		En el coche	
Esporádica		Dentro de casa		En el trabajo	
Imprecisa		Fuera de casa		En el deporte	

PRECISIONES:

c) CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Sótanos		Moqueta		Centro ciudad	
Planta baja		Madera		Zona residencial	
Piso		Mosaico		Zona industrial	
Casa		Ladrillos		Zona agrícola	
Construcción vieja		Paredes pintadas		Zona no urbanizada	
Construcción nueva		Paredes empapeladas			

¿Variación de los síntomas en cambios de vivienda? _____

Localización de la vivienda _____

¿Ha mejorado al cambiar de localidad? _____

¿Ha establecido medidas higiénicas ambientales? _____ ¿cuáles? _____

d) CARACTERÍSTICAS DEL DORMITORIO

Moqueta		Muy decorado		Ventilado al exterior	
Alfombras		Con libros		Ventilado a patio cubierto	
Empapelado		Juguetes		Ventilado a patio descubierto	
Pintado		Manchas humedad		Ventilado por otra habitación	
Armarios empotrados		Cama plegable			
Armarios mueble		Tocador			
		Literas			

¿Comparte el dormitorio? Nº Personas ¿Niños?

Material colchón: Material almohada:

e) CARACTERÍSTICAS LABORALES Y DEDICACIÓN

Año	Trabajo desempeñado	Problemas alérgicos
Trabajo actual		

¿Se encuentra peor en el trabajo?_____

¿Mejora o empeora los fines de semana?_____

Características en el trabajo: Tensión psíquica_____ Temperatura_____

Humedad _____ Polvo _____ Pintura_____ Esfuerzo físico_____

Aficiones: Bricolage _____ Deporte _____ Otras _____

f) CONTACTO CON ANIMALES (D = doméstico P = profesional)

Animal	D	P	Animal	D	P	Animal	D	P
Caballo			Conejo			Paloma		
Cabra			Gallina			Periquito		
Canario			Ganso			Perro		
Cerdo			Gato			Vaca		
Cobaya			Hámster					

g) ALIMENTACIÓN

Tipo de alimentación_____

¿Come pescado azul y marisco?_____ ¿crudo o elaborado?_____

¿Conservas en lata? _____

Pan _____ Leche _____ Huevos _____ Chocolate _____

¿Limonadas o naranjadas artificiales o naturales? _____

¿Ha tenido alguna molestia con algún alimento?_____

¿Le disgusta algún alimento?_____

h) MEDICAMENTOS (H = habitualmente E = esporádicamente)

¿Ha tenido molestias con alguno de estos medicamentos?

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

i) ANTECEDENTES FAMILIARES

	ASMA	RINITIS	URTICARIA	ECCEMA	OTROS
Padre					
Madre					
Hermanos					
Abuelo paterno					
Abuelo materno					
Abuela paterna					
Abuela materna					

j) FACTORES AGRAVANTES DE LOS SÍNTOMAS

¿Fuma? _____ Nº de cigarrillos al día _____

¿Antes de los ataques tiene síntomas determinados? _____

¿Al realizar un esfuerzo corporal siente fatiga o palpitaciones? _____

¿Las emociones le influyen? _____

¿Le influyen los días previos o durante la menstruación? _____

¿Nota el paso de frentes tormentosos? _____

¿Nota los efectos de la polución? _____

¿Observa relación con amigdalitis? _____

k) TRATAMIENTOS RECIBIDOS

¿Ha seguido algún tratamiento hasta ahora? _____

¿Ha influido este tratamiento en los síntomas? _____

¿Ha recibido inmunoterapia? _____

Medicamentos que toma actualmente _____

¿Ha requerido asistencia urgente? _____ ¿Ha sido hospitalizado? _____

¿Le han hecho pruebas de régimen? _____ ¿de exclusión? _____

Otras _____

Resultados _____