|  |  |
| --- | --- |
| **SVÁBHEGY PLUSZ KFT.**  1037 Budapest, Bokor utca 17-21.  Tel: +36 1 44 33 200  E-mail: maganrendelés@svabhegy.eu | **Komponens alapú allergia vizsgálatra (K) jelentkezés:** Svábhegy Plusz Gyermekegészségügyi Központ 1037 Budapest, Bokor u. 17-21. II. emelet **Tel: +36 1 44 33 200** |

**Kérőlap komponens alapú allergia diagnosztikai vizsgálathoz (CRD)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Páciens neve:** |  | |
| **Születési idő:** |  | |
| **TAJ:** |  | |
| **Lakcím, irányítószámmal:** |  | |
| **E-mail:** |  | |
| **Tel:** |  | |
| Beküldő neve: |  | |
| Beküldő címe : |  | |
| Beküldő elérhetősége: |  | |
| Térítés módja: | Helyben fizető: Átutalással fizető: | |
| Számlázási név és cím: |  | |
| **Immunterápia előtt ajánlott vizsgálatok ÉTEL ALLERGIA irányában**  **(Kizárólag az orvos tölti ki!)** | | | |
| **A kért vizsgálatot a vizsgálat melletti üres téglalapba kérjük x-szel bejelölni:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | | **f2** | **tej** |  | | f76 | nBos d4 alpha-laktoglobulin |  | | f77 | nBos d5beta-laktoglobulin |  | | f78 | nBos kazein |  | | e204 | nBos d6 **B**ovine **S**erum **A**lbumin |  | |  |  |  | |  |  |  | | **f1** | **tojásfehérje** |  | | **f75** | **tojássárgája** |  | | f233 | nGal d1 ovomucoid |  | | f232 | nGal d2 Ovalbumin |  | | f323 | nGal d3 Conalbumin |  | | k208 | nGal d4 Lysosime |  | |  |  |  | |  |  |  | | **f14** | **szója** |  | | f353 | rGly m4 PR-10 Soy |  | | f431 | nGly m5 béta-conglicinin |  | | f 432 | nGly m6 Glicinin |  | |  |  |  | |  |  |  | | **f4** | **búza** |  | | f 433 | rTri a 14 Lipid Transzfer P rotein |  | | f 416 | Tri a 19 Omega-5 Gliadin |  | | f 98 | Gliadin |  | | |

**Földimogyoró vezető kockázatot jelentő komponensei:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **f13** | **földimogyoró** |  |
| **f423** | **ara h 2** |  |

**Földimogyoró összes mérhető komponensei:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **f13** | **földimogyoró** |  |
| f422 | ara h 1 |  |
| f423 | ara h 2 |  |
| f424 | ara h 3 |  |
| f427 | ara h 9 |  |
| f 352 | ara h 8 |  |

**Mogyoró**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **f17** | **mogyoró (Hazel nut)** |  |
| f428 | rCor a 1 PR-10 |  |
| f425 | rCor a 1 8-LTP |  |
| f440 | nCor a 9 |  |
| f439 | nCor a 14 |  |

**Dió**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| f441 | rJug e 1 |  |
| f442 | r Jug r 3 LTP, Walnut |  |

**Kesudió**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| f202 | kesudió |  |
| f443 | rAna o 3 |  |

Vöröshúsok ( marha, disznó, birka), vöröshúsokból származó zselatin

**Életveszélyes allergiás reakcióra (anafilaxiára) való hajlam megítélése**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **o215** | **Galactose-alpha-1,3-Galactose (alpha-Gal) Thyroglobulin** |  |

**Ismeretlen eredetű életveszélyes allergiás reakció (anafilaxia) esetén javasolt kiegészítő vizsgálat**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| aTryp | **Triptáz** |  |

**(A beteg tölti ki!)**

**Előzetes allergológiai konzultáció:**

**Fél órás konzultáció keretében segítünk kiválasztani a szükséges vizsgálatokat, hogy fölösleges vizsgálatot ne kérjen!**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Csak laborleletet kérek a CRD vizsgálatról: |  |
| 1. laborlelet mellé allergológusi szakvéleményt is kérek, ami megerősíti vagy elveti a tervezett parlagfű immunterápia jogosultságát (ajánlott)­\*   A szakvélemény ára: x Ft |  |

**Előzetes allergológiai konzultációra jelentkezem: igen /nem**

**Ha válasza: igen, az anamnesztikus adatokat kérjük, töltse ki:**

Mióta van allergiás előzmény:

Konkrét tünetek:

Légúti tünetek, ha vannak, karikázza be: orrdugulás, vizes orrfolyás, orrviszketés, szemvörösség, szemviszketés, könnyezés, nehézlégzés

Ha vannak tünetek, mióta? …………………………………………………

Bőrtünetek, ha vannak, karikázza be: ödéma, bőrpír, bőrduzzanat, csalánkiütés, ekcéma, bőrszárazság, bőrviszketés, egyéb………..

Ha vannak tünetek, mióta? …………………………………………………

Enterális tünetek, ha vannak, karikázza be : hasmenés, véres széklet, hányás, hasfájás, haspuffadás,

tünetek:…………………………………

Ha vannak tünetek, mióta? …………………………………………………

Ha vannak tünetek,

egész évben vannak vagy köthetők-e évszakhoz, hónaphoz (karikázza be a jellemző választ)

Ha köthetők a tünetek évszakhoz, hónaphoz, akkor melyikhez?................................................

Fizikai aktivitás megelőzi–e a tüneteket? igen - nem

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Előző vizsgálatok** | Ideje | Eredménye |
| Össz IgE |  |  |
| Specifikus IgE |  |  |
| Prick-teszt |  |  |

aláírás, pecsét

A vizsgálathoz 2 ml (csak se triptáz esetén minimum 500 µl) tiszta (nem hemolitikus, nem lipémiás, fibrinmentes!) szérum küldése szükséges. A szérummintát egy hétig és hűtőszekrényben +4 °C tároljuk.

Amennyiben fennáll, hogy a mintát hosszabb ideig kell tárolni, mint egy hét, -20 °C kell elhelyezni!  Ha a mintagyűjtés külső telephelyről történik, fontos, az álló helyzetben, zárt csövekben, 15-20 °C -os, rázatás nélküli szállítás!