|  |  |
| --- | --- |
| **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**](tel:%2B36%2020%20500%202500) **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 MÉH-DARÁZS ALLERGIA irányában**  **Méh-darázs kettős szenzibilizáltság (Kizárólag az orvos tölti ki!)**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **i1** | **méh** |  | | **i3** | **közönséges (kecske) darázs** |  | | **i77** | **papír darázs** |  | | i208 | rApi m 1 foszfolipáz A2 |  | | i217 | rApi m 10 |  | | i211 | rVes v 1 foszfolipáz A1 |  | | i209 | rVes v 5 |  | | i210 | rPol d5 |  | | o214 | MUX F3 |  | | aTryp | triptáz (ajánlott) |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Csak méh** | | | | **i1** | **méh** |  | | i208 | rApo m 1 foszfolipáz A2 |  | | i217 | rApo m 10 |  | | o214 | MUX F3 |  | | aTryp | triptáz (ajánlott) |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Csak darázs** | | | | **i3** | **kecskedarázs** |  | | **i77** | **papír darázs** |  | | i211 | rVes v 1 foszfolipáz A1 |  | | i209 | rVes v 5 |  | | i210 | rPol d5 |  | | o214 | MUX F3 |  | | aTryp | triptáz (ajánlott) |  |   **Méh /darázs immunterápia előtt javasolt a serum triptáz mérést is kockázatbecslésre !**   |  |  | | --- | --- | | **Szérum Triptáz (Étel allergia ill. méh/darázs allergia esetén a CRD vizsgálat mellett kiegészítő kockázatbecsléshez , valamint mastocytosis diagnosztikájára)** |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

**(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!