**Dotazník anamnestický:**

Jméno (vč. titulu) a datum narození:

Datum:

**Prosím doplňte údaje do předchystaných míst** (….)**,**

**případně při předdefinované nabídce zatrhněte platné** (např. nabídka „ano x ne“, „péřové x umělé x jiné“).

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Praktický lékař (jméno, místo):**

**Zdravotní pojišťovna:**

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**RODINNÁ anamnéza tj. rodiče, sourozenci (počet)**…...., **děti (pohlaví, věk)** ……………………………………………...**:**

- sledování na alergologii či imunologii (kdo, kde, proč)? ……………………………………………………………………………………….….

- astma bronchiale, chronická rýma či kašel (kdo, co) ? ………………………………………………………………………………………….….

- atopický ekzém, chronická kopřivka, lupénka (kdo, co) ?..................................................................................... ........

- nádory, autoimunitní onemocnění (celiakie, revma, štítná žláza)? …………………………………………………………..……………..

- pozn. (další závažné choroba): ………………………………………………………….........................………..……

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**OSOBNÍ anamnéza:**

**- choroby** (zaškrtni)**:** infarkt myokardu **x** vysoký krevní tlak **x** mozková příhoda **x** diabetes **x** štítná žláza **x** nádory **x** vředy **x** plicní embolie **x** pálení žáhy a reflux **x** infekční přenosné (např. HIV, hepatitida) **x** operace - (resp. specifikuj): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**- funkční potíže:** močení **x** stolice **x** hubnutí **x** pohyb **x** dieta (resp. specifikuj:…..………………………………………………..)

**- ženy – gynekologie:** kontroly docházím (ano x ne), spontánní potraty (ano x ne), hormonální léčba (ano x ne)

**- sledování u specialisty /mimo Praktika a Gynekologa/** (kde, proč)?.................................................................... …………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….

**- Léky pravidelné + jiné léky za poslední týden** (specifikuj název, síla, dávkování):……………………………………………

…………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….

**- Kouření** (ano x ne, resp. počet denně): ……………………………

**-** **Bydliště a pracoviště:** pracoviště (např. kancelář, příroda, kombinace, atd. + rizikové faktory na pracovišti např. těkavé látky, prach, klimatizace, zvířata, kouř, atd.)….……………………………………………………………………….………………………..

\_ bydliště (zatrhni) - domek **x** byt panelový **x** byt cihlový

\_ výskyt vlhkosti – ano x ne, výskyt plísně - ano x ne (resp. kde a barva plísně):……………………………………………………….

\_ lůžkoviny: polštáře a přikrývky (péřové x umělé x jiné…………...., frekvence praní NÁPLNĚ ………, naposledy ………..)

\_ přítomnost zvířat: (druh ………………….……..…., umístění: pouze venku x pouštím do bytu x pouštím i do ložnice)

\_ koníček: …………………………………………………………………………………………………………………..…

\_ pozn. (další důležité informace k prostředí):…………………………………………………………….. …………

**Autoimunitní příznaky:**

**- příznaky** (zvýšené teploty x zduřené uzliny x bolesti v krku x hubnutí x únava x únavnost x ranní ztuhlosti kloubů x bolesti/otoky/záněty kloubů x bolesti/otoky/záněty svalů x zarudnutí a tvrdý prosak na obličeji či jinde na kůži x bělání či modrání prstů na mrazu x citlivost na sluneční svit x suché spojivky x suchá ústa x časté ulcerace sliznic a afty x spontánní potraty x mozkové příhody) ) – nejvíce obtěžující: ….………………………………………………………….

**Alergie, irritace, nežádoucí reakce: 1) specifikuj příčinu**, resp. při nabídce typu „kočka x pes x jiné“ zatrhni

**+ 2) dopiš příčině odpovídající nežádoucí reakci** /např. svědění kůže, vyrážka, otok, kýchání, rýma, kašel, dušnost, bolest břicha, nevolnost, kolaps, ../

**- včela x vosa:**……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**- léky:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….

**- potraviny:**……………………………………………………………………………………………………………………………………………….….

…………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….

**- kontaktní alergeny** (kosmetika, kovy, ..)**:**…..………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….

**- vzdušné faktory:**

***\_ příroda*** (vysoká tráva x jiné určené x obecně příroda)……………………………………………………………………………….……….……

***\_ domácí prach***(zvířený prach x vysávání x běžný úklid)……………………………………………………………………………………………

***\_ lůžkoviny*** (převlékání x stlaní x přespání v peří)………………………………………………....…………………………………………………..

***\_ zvířata*** (kočka x pes x jiné)…………………………….…………………………………………………………………………………………………….….

***\_ plísně*** (letní deště x zatuchlé prostory x jiné)………….. ..………………………………………………………………………………………..….

***\_ těkavé látky*** (lak na vlasy x parfémy x barvy x jiné)…………………………………………………………………………………………….….

***\_ chlad*** (mráz x přechod z tepla do chladu x přechod z chladu do tepla).….…………………………………………………………….….

***\_ znečištění*** (výfukové plyny x smog a inverze x město vs. venkov)………………..….……………………………………………….….….

***\_ kouř*** (cigaretový x pevná paliva x jiné)….……………………………………………………………………………………………….……………..….

***\_ další poznámky:***…………………….…………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**(Alergická) rýma:** (max. výtěžnost vyplněním v době sezony nebo celoročního maxima dotazníků CSMS a RQLQ)

**- celoroční x sezonní** (v kterém období /rozsah + období maxima/)……………………………………………………………………

**- příznaky** (posmrkávání x výtok z nosu x zadní rýma x zduření v nose x ucpávání nosu x svědění x kýchání x slzení x svědění spojivek x zarudnutí spojivek x dráždění v krku) – nejvíce obtěžující: ….………………………………………………………….

**- frekvence příznaků** (denně x jiné): .…………………………………………………………………………………………………………....

**- došetření** (ORL vyšetření – kdy, kde, dostupnost nálezu): ……………………………………………………………………………....

**- léky** (dosud použité a jejich efekt): …..…………………………………………………………………………………………………………....

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**(Astma bronchiale) – kašel, dušnost:** (max. výtěžnost vyplněním v době maxima dotazníků TKA a AQLQ)

**- celoroční x sezonní** (v kterém období /rozsah + období maxima/)……………………………………………………………………

**- příznaky** (suché pokašlávání x zahlenění x dráždivý kašel x noční kašel x pískoty x vlhké chrapoty x tíha na hrudi x dušnosti námahové x dušnosti denní nenámahové x dušnosti noční x dechový dyskomfort obecně) – příznaky nejvíce obtěžující: ….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**- frekvence příznaků** (denně x jiné): .………………………………………………………………………………………………………….....

**- došetření** (Pneumolog x RTG plic x jiné – kdy, kde, dostupnost nálezu):………………………………………………………………….. ………………………………………………………………….......................................................................................................

**- léky** (dosud použité a jejich efekt): …..…………………………………………………………………………………………………………....

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..