  **PHIẾU** **KHAI THÁC TIỀN SỬ DỊ ỨNG**

Họ tên khách hàng : ..................................................................................Tuổi: .............. Giới: Nam Nữ

Khoa/ phòng/ Trung tâm Vaccin : ..................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Nội dung** | **Tên thuốc, dị nguyên gây dị ứng** | **Có/ số lần** | **Không** | **Biểu hiện lâm sàng – xử trí** |
| 1 | Loại thuốc hoặc dị nguyên nào đã gây dị ứng |  |  |  |  |
| 2 | Dị ứng với loại côn trùng nào? |  |  |  |  |
| 3 | Dị ứng với loại thực phẩm nào? |  |  |  |  |
| 4 | Dị ứng với các tác nhân khác : phấn hoa, bụi nhà, hóa chất, mỹ phẩm.....? |  |  |  |  |
| 5 | Tiền sử cá nhân có bệnh dị ứng nào? ( viêm mũi dị ứng, hen phế quản...) |  |  |  |  |
| 6 | Tiền sử gia đình có bệnh dị ứng nào ? (Bố mẹ, con, anh chị em ruột, có ai mắc bệnh dị ứng trên không) |  |  |  |  |

Ngày....... tháng.........năm...............

**Bác sỹ điều trị Khách hàng**

(Ký, ghi rõ họ tên) (Ký, ghi rõ họ tên)

  **PHIẾU** **KHAI THÁC TIỀN SỬ DỊ ỨNG**

Họ tên khách hàng : ..................................................................................Tuổi: .............. Giới: Nam Nữ

Khoa/ phòng/ Trung tâm Vaccin : ..................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Nội dung** | **Tên thuốc, dị nguyên gây dị ứng** | **Có/ số lần** | **Không** | **Biểu hiện lâm sàng – xử trí** |
| 1 | Loại thuốc hoặc dị nguyên nào đã gây dị ứng |  |  |  |  |
| 2 | Dị ứng với loại côn trùng nào? |  |  |  |  |
| 3 | Dị ứng với loại thực phẩm nào? |  |  |  |  |
| 4 | Dị ứng với các tác nhân khác : phấn hoa, bụi nhà, hóa chất, mỹ phẩm.....? |  |  |  |  |
| 5 | Tiền sử cá nhân có bệnh dị ứng nào? ( viêm mũi dị ứng, hen phế quản...) |  |  |  |  |
| 6 | Tiền sử gia đình có bệnh dị ứng nào ? (Bố mẹ, con, anh chị em ruột, có ai mắc bệnh dị ứng trên không) |  |  |  |  |

Ngày....... tháng.........năm...............

**Bác sỹ điều trị Khách hàng**

(Ký, ghi rõ họ tên) (Ký, ghi rõ họ tên)