

Εξαιτίας της αλλεργίας σας τις τελευταίες δύο (2) εβδομάδες, είχατε τα παρακάτω συμπτώματα;

Για κάθε **ΝΑΙ** υπολογίζετε **1 πόντο**, για κάθε **ΟΧΙ** υπολογίζετε **0 πόντους**



Μπούκωμα



Φτερνίσματα



Καταρροή



Δύσπνοια



Σφύριγμα στην ανάσα (γατάκια)



Βήχας



Περιορισμένες δραστηριότητες



Βήχα με το γέλιο ή την άσκηση



Εγέρσεις τη νύχτα



Πρωινά συμπτώματα



Απώλεια σχολείο/δραστηριότητες



Αύξηση φαρμακ. αγωγής



Μη προγραμματισμένη (έκτακτη) επίσκεψη

Συμπληρώνεται για παιδιά ηλικίας 6-12 ετών

Ερωτήσεις με ανοιχτόχρωμο πλαίσιο απάντηση από τα παιδιά, με σκούρο από τους κηδεμόνες

Ο ιατρός

Άθροισμα:

Ημερομηνία: