

Henvisning til undersøgelse

Stamoplysninger (udfyld venligst *alle* felter)

Efternavn: _____ Fornavn: _____

Cpr.nr.: _____ E-mail: _____

Adresse: _____ Tlf. hjemme _____

Postnr./by _____ Tlf. mobil _____

Henvisningsdato: _____ Tlf. arbejde _____

Egen læge: _____

Henvisende læge/afd./hospital: _____

VIGTIGT – Skal altid udfyldes **Tryptasetest taget** **Ja** **Nej** _____

Dato/tidspunkt for reaktion: _____ Dato/tidspunkt for prøve: _____

Aktuelle reaktion: (vedlæg kopi af anæstesi- og opvågningseskema samt relevant journal)

Afd./Hospital: _____

Operationstype: _____ ASA: _____

Patienten blev eksponeret for følgende stoffer: (helst registreret varemærke@):

(præmedicin, anæstesi, antibiotika, antiemetika, kontrast- og farvestoffer, blodprodukter, hæmostatika, tromboseprofylakse, hudinfektion, skyllevæsker, geler, sprays, etc.)

Stof	Adm. måde	Givet kl.	Evt. afbrudt kl.

fortsættes næste side

fortsat fra forrige side

Stof	Adm. måde	Givet kl.	Evt. afbrudt kl.

Reaktion

Symptomer	Startet kl.	Svundet kl.

Behandling

Medikament	Adm. måde	Givet kl.

Kort beskrivelse af reaktionen (inkl. postoperativt forløb)

Allergier: (Alle allergier bør nævnes, f.eks. medicin, fødevarer, pollen, kosmetik, latex, kontaktlinsevæske etc. Evt. tidligere allergiudredning)

Tidligere anæstesier: (Vedlæg kopi af tidligere anæstesiskemaer hvis muligt)
Sted / dato / operationstype / anæstesimetode, hvilke stoffer givet / komplikationer

Medicin: (fast/pn. Evt. nye præparater introduceret i forbindelse med aktuelle indlæggelse)

Anden væsentlig anamnese / andre oplysninger (væsentlige medicinske lidelser, f.eks. iskæmisk hjertesygdom, diabetes eller astma, rygning)

Samtykkeerklæring

Navn: _____ Cpr.nr. _____		
Jeg giver hermed tilladelse til, at der indhentes og videregives oplysninger om min aktuelle sygdom til:		
	Ja	Nej
Pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egen læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre behandlende institutioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg giver samtykke til, at Dansk Anæstesi Allergi Center, Klinik for allergi opbevarer blodprøver, som bliver taget i forbindelse med mine allergiundersøgelser. De anvendes alene til kvalitetssikring af allergi-analyser, og jeg kan til enhver tid bede om at prøverne destrueres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Særlige ønsker:		
Dato: _____ Underskrift: _____		
I tilfælde af ikke-myndige patienter er det forældre eller værge, der skal give samtykke		

Henvisning sendes til:

Dansk Anæstesi Allergi Center
Klinik for allergi UA-816GE
Gentofte Hospital
Kildegårdsvej 28
2900 Hellerup

Eller faxes på: 38 67 24 99

Eller scannes og mailes til: daac.herlev-og-gentofte-hospital@regionh.dk

Kontaktpersoner:

Overlæge Lene Heise Garvey
Overlæge Mogens Krøigaard

Tlf. læger 38 67 24 97
Tlf. sekretær 38 67 20 64

Hjemmeside: www.daac.dk

Henvisning udfyldt af (navn på læge/sygeplejerske – dato)

Oplysninger om henvisende læge (navn og titel)

E-mail: _____ Tlf : _____