

## CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO: REACCIONES ANAFILACTOIDES/ANAFILÁCTICAS

Nombre del paciente:

Nombre del proveedor:

Institución / Contacto:

Historia:

### Reacción alérgica (Marque uno):

<input type="checkbox"/>	Contacto
<input type="checkbox"/>	Inhalación
<input type="checkbox"/>	Ingestión
<input type="checkbox"/>	Inyección

### ¿Como se diagnosticó la alergia?: (Marque uno)

<input type="checkbox"/>	Sangre
<input type="checkbox"/>	Test cutáneo
<input type="checkbox"/>	Test de exposición

Fecha de primera reacción:

¿Cuántas reacciones se han experimentado desde entonces?:

¿Las reacciones empeoran cada vez? Marque: Si            ó No

### Síntomas

Marque con un aspa y describa la gravedad de los síntomas que experimenta:

Respiración dificultosa

Dificultad para tragar

Erupción

Náuseas / vómitos / diarrea

Protuberancias rojas y elevadas en la piel (ronchas)

Hinchazón: ¿cuánto y dónde?

Otro - Por favor describa:

¿Qué tan pronto después de la exposición aparecen los síntomas?

Otros medicamentos utilizados:

Fechas:

Dosis: