

Vedlegg 8: Sjekkliste ved subkutan allergen immunterapi (SCIT)

Navn:

F.nr.:

Allergen:

FEV₁/PEF før injeksjon: liter/sek % av forventet FEV₁/PEF: liter/sek
 (hvis FEV₁/PEF er under 80 % av forventet ut fra tidligere målinger skal ansvarlig lege konsulteres)

Besøksdato																				
Ansvarlig sykepleier																				
Pasient-identifikasjon																				
Riktig ekstrakt																				
Spørreskjema:	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
Tatt foreskrevet:																				
Allergimedisin?																				
Astmamedisin?																				
Premed. 1t forut?																				
*Infeksjonstegn?																				
*Allergeneksposering?																				
*Allergisymptomer?																				
*Astmasymptomer?																				
*Eksem?																				
*Senreaksjon?																				
*Overskredet intervall?																				
*Vaksinert mot annen sykdom siste uke?																				
Lungefunksjon:																				
FEV ₁ /PEF før inj																				
FEV ₁ /PEF 30 min etter siste injeksjon																				
Ansvarlig lege																				

* Hvis ja skal dosering diskuteres med ansvarlig lege