



<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ reazioni allergiche con equipaggiamenti sportivi quali ad esempio pinne o maschere subacquee?</li> </ul> <p>Indicare l'oggetto o la cosa specifica con cui si è avuta una sospetta reazione allergica  .....</p> <p>Indicare in quale occasione ha presentato la reazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ al primo contatto</li> <li>▪ al secondo contatto</li> <li>▪ al terzo contatto</li> <li>▪ al quarto contatto</li> <li>▪ al quinto o seguenti</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Sì    No</p>          <p style="text-align: center;">□ □ □ □ □</p>	
<p><b>Ha mai presentato reazioni (gonfiore o prurito locale a livello cutaneo o delle mucose associato o non a sintomi a livello delle vie respiratorie quali naso che gocciola e/o starnuti e/o tosse stizzosa con sibili o fischi respiratori o affanno o vomito e/o diarrea o shock anafilattico) in occasione di una delle seguenti prestazioni mediche?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• visita odontoiatrica</li> <li>• visita ginecologica</li> <li>• endoscopia</li> <li>• visita urologia</li> <li>• visita otorinolaringoiatrica</li> <li>• altro tipo di valutazione medica (specificare.....)</li> </ul> <p style="text-align: center;">.....)</p>	<p style="text-align: center;">Sì    No</p>
<p><b>Se in passato è stato sottoposto ad intervento/i chirurgico/i, le hanno riferito di aver presentato una reazione allergica durante l'intervento chirurgico?</b>  (specificare il numero di interventi chirurgici a cui si è stati sottoposti prima che si verificasse la reazione:.....)</p>	<p style="text-align: center;">Sì    No</p>	
<p><b>Ha mai presentato reazioni allergiche a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Farmaci Se Sì, quali? .....</li> <li>- Mezzo di contrasto</li> <li>- Metalli Se Sì, quali? .....</li> <li>- Vaccinazioni?</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Sì    No</p> <p style="text-align: center;">Sì    No</p> <p style="text-align: center;">Sì    No</p> <p style="text-align: center;">Sì    No</p>	
<p><b>Indicare il tipo di reazione che ha presentato (SINTOMI CHE HA PRESENTATO NELLA MEDESIMA OCCASIONE):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ orticaria e/o angioedema</li> <li>▪ sintomi respiratori (tosse con o senza fischi)</li> <li>▪ edema della glottide (raucedine o difficoltà a deglutire)</li> <li>▪ sintomi gastrointestinali (dolore addominale, vomito o diarrea)</li> <li>▪ sonnolenza</li> <li>▪ lipotimia</li> </ul>	<p style="text-align: center;">□ □ □ □ □ □</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sincope</li> <li>▪ rinite</li> <li>▪ congiuntivite</li> <li>▪ <u>dermatite nella sede di contatto</u>: secchezza, <b>bruciore</b> ed iperemia cutanea <i>nella zona di contatto con latex</i></li> <li>▪ <u>dermatite</u>: iperemia, secchezza cutanea, eritema, <b>prurito</b>, lesioni <i>vescicolari oltre la sede di contatto con latex</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p><b>Indicare la via di contatto tramite cui è entrato in contatto con il latex:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>per contatto cutaneo</u> (es. guanti)</li> <li>▪ <u>per contatto mucosale</u> (es. gonfiando palloncini o dal dentista; mucosa genitai con profilattici o con guanti in corso di visita ginecologica)</li> <li>▪ <u>per contatto aereo (via inalatoria)</u> (particelle di latex adsorbite dalle polveri lubrificanti presenti nei guanti possono essere aerodisperse in ambulatori medici/odontoiatrici)</li> <li>▪ <u>per via generale</u> (es. durante un intervento chirurgico o manovre diagnostiche invasive)</li> </ul> <p><b>Indicare la latenza temporale tra presunta esposizione a latex ed esordio dei sintomi</b>.....</p> <p><b>Indicare la durata della sintomatologia</b>.....</p> <p><b>Indicare l'eventuale terapia eseguita e per quanti giorni</b> .....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**CATEGORIE A RISCHIO**

<p><b>È stato sottoposto a <u>importanti e numerosi</u> interventi chirurgici da bambino (ad es. interventi per spina bifida o altre malattie o per altre malformazioni)?</b>          Specificarne il numero.....</p>	Sì No
<p><b>Con banana, kiwi, castagna, ananas, avocado e fico ha mai presentato uno dei seguenti sintomi: gonfiore delle labbra, del cavo orale, della cute o difficoltà respiratoria o dolore addominale, vomito, diarrea o sensazione di svenimento ?</b>  <b>Le è stata diagnosticata allergia alla frutta e/o a vegetali?</b></p> <p>- se <b>Sì</b>, indichi a cosa (es. aneto/finocchio, ananas, avocado, banana, carota, castagna, fico, grano saraceno, kiwi, mango, origano, melanzana, patata, peperone dolce, pesca, pomodoro, salvia; ficus Benjamin).....</p> <p>.....</p>	Sì No Sì No

<p><b>E' un lavoratore della sanità o dell'industria della gomma e il Suo lavoro prevede l'esposizione prolungata e abituale a materiali in latex?</b></p>	<p>Sì    No</p>
--	-----------------

**COMORBIDITA'**

<p><b>Presenta una delle seguenti patologie?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allergia alimentare</li> <li>▪ Asma allergico</li> <li>▪ Oculorinite allergica</li> <li>▪ Dermatite atopica</li> <li>▪ Allergia a farmaci</li> <li>▪ Allergia ad imenotteri</li> <li>▪ Altre comorbidity (specificare quale/i):  .....  .....</li> </ul>	<p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> </p>
<p><b>Ha mai eseguito o Le è stata proposta l'Immunoterapia per latex?</b></p>	<p>Sì    No</p>