

<ul style="list-style-type: none"> ▪ reazioni allergiche con equipaggiamenti sportivi quali ad esempio pinne o maschere subacquee? <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"> ▪ al primo contatto ▪ al secondo contatto ▪ al terzo contatto ▪ al quarto contatto ▪ al quinto o seguenti 	<p style="text-align: center;">Sì No</p> <p style="text-align: center;">□ □ □ □ □</p>
<p>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?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • visita odontoiatrica • visita ginecologica • endoscopia • visita urologia • visita otorinolaringoiatrica • altro tipo di valutazione medica (specificare.....) <p style="text-align: center;">Sì No Sì No Sì No Sì No Sì No Sì No</p>
<p>Se in passato è stato sottoposto ad intervento/i chirurgico/i, le hanno riferito di aver presentato una reazione allergica durante l'intervento chirurgico? (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>Ha mai presentato reazioni allergiche a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Farmaci Se Sì, quali? - Mezzo di contrasto - Metalli Se Sì, quali? - Vaccinazioni? 	<p style="text-align: center;">Sì No Sì No Sì No Sì No</p>
<p>Indicare il tipo di reazione che ha presentato (SINTOMI CHE HA PRESENTATO NELLA MEDESIMA OCCASIONE):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ orticaria e/o angioedema ▪ sintomi respiratori (tosse con o senza fischi) ▪ edema della glottide (raucedine o difficoltà a deglutire) ▪ sintomi gastrointestinali (dolore addominale, vomito o diarrea) ▪ sonnolenza ▪ lipotimia 	<p style="text-align: center;">□ □ □ □ □ □</p>

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

CATEGORIE A RISCHIO

<p>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)? Specificarne il numero.....</p>	<p>Sì No</p>
<p>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 ? Le è stata diagnosticata allergia alla frutta e/o a vegetali?</p> <p>- se Sì, 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>	<p>Sì No Sì No</p>

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

COMORBIDITA'

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