

Matprovokasjonsskjema

MATPROVOKASJON

PasientID

Dato: _____ Ansvarlig lege: _____ Sykepleier/KEF: _____

Provokasjonsform: Åpen Blind Dobbelblind

Provokasjonsmat: _____ Tillaget som/Placebo: _____

Forventet reaksjoner: _____

Tidsintervall mellom doser: _____

Andre matallergier: _____

Annen relevant sykdom: Astma Annet: _____

Status før provokasjon: Høyde: _____ Vekt: _____ Blodtrykk: _____

Puls: _____ lGE: _____ Prikktest: _____

Kontrollert før provokasjon: Hud Munnhule Spirometri SaO₂: _____

Anafylaksiberedskap:
Dose adrenalin: _____

Annen forordning: _____

Perifert venekateter

SYMPTOMREGISTRERING PÅ BAKSIDEN AV ARKET

KL.	PEF / FEV1	BT	PULS	PROTEIN FORORDNET	MENGDE FORORDNET	KOMMENTARER	SIGN
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

MATPROVOKASJON

PasientID

SYMPTOMER OBSERVERT AV HELSEPERSONELL		SYMPTOMER OBSERVERT AV PASIENT/PÅRØRENDE	
TID	SIGN.		SIGN.

Legens konklusjon ved avsluttet test: NEGATIV POSITIV USIKKER Gjennomgang bruk av autoinjektor (hvis aktuelt):

Kan matvaren frigis: Nei Ja Helt: Delvis Dato: _____ Legens signatur: _____