

ALLERGIVAKSINASJONS PROTOKOLL

Patient:..... Født: / Telefon:..... e-post:.....

Diagnose: Astma ☐ Rinit ☐ Anafylaksi ☐

Allergenekstrakt:..... (Obs: 1 protokoll per ekstrakt)
 Batch nummer:.....

Startdato:	/	20.....	År: 1, 2, 3, 4, 5 (sett ring)	Fastlege:	Overgang til annen lege: /	20.....
------------	---	---------	-------------------------------	-----------------	----------------------------	---------

Toppdose: SQ-E, oppnådd den / 20..... Doseskiema ☐ Kluster 7 dager Annet regime:

Høyeste	PEF..... L/min	FEV _{1.0}	LMEF ₅₀
---------	----------------	--------------------------	--------------------------

[illegible]

*) Grad og type reaksjon. Start og slutt i klokkeslett og dato. Se notatblad/journal.