

**QUESTIONARIO CLINICO PER L'ESECUZIONE DI TEST ALLERGOLOGICI**  
**(DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE)**  
**(allegare all'informativa specifica per il test firmata dal paziente)**

**La presenza di una o più condizioni indicate rappresenta una controindicazione assoluta per l'esecuzione del test.**

INFEZIONI VIE RESPIRATORIE (<6 SETTIMANE)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
VACCINAZIONI ANTIVIRALI (< 3 SETTIMANE)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
AFFETTO DA GRAVI PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
EPILESSIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ULCERA GASTRODUODENALE IN FASE ATTIVA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
GRAVIDANZA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ALLATTAMENTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ORTICARIA IN ATTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
IPERTENSIONE ARTERIOSA NON CONTROLLATA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**Solo per test con metacolina**

TEST METACOLINA ESEGUITO < 10 GIORNI PRIMA DEL TEST	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MALATTIE TIROIDEE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
OSTRUZIONE DELLE VIE URINARIE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**TERAPIE CONCOMITANTI**

$\beta$ – BLOCCANTI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
se si sospendere e/o sostituire il farmaco il giorno prima del test;		
ACE INIBITORI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
se si, sospendere e/o sostituire il farmaco il giorno prima del test;		
ANTISTAMINICI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
< 7 gg prima del test		
CORTISONICI SISTEMICI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
< 15 gg prima del test		
ALTRI FARMACI		

---

**Solo per test con metacolina**

INIBITORI DELLE COLINESTERASI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FARMACI ANTI-ASMATICI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
< 3 gg prima del test escluso il Salbutamolo solfato che può essere somministrato fino a 6 ore prima del test		

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_

MEDICO CURANTE (TIMBRO E FIRMA) \_\_\_\_\_