**Allergie vragenlijst**

In uw medisch dossier staat dat u een penicilline-allergie heeft. We willen meer weten over uw penicilline-allergie. We vragen u vriendelijk om daarvoor de bijgevoegde allergie-vragenlijst in te vullen.

Door het invullen van de vragenlijst gaat u akkoord met het delen van de informatie in deze vragenlijst met genoemde infectiologen. Ook gaat u akkoord met een schriftelijk bericht naar uw apotheek over de uitkomst van deze vragenlijst.

Deze vragen gaan over de reactie die u heeft gehad rondom het gebruik van een penicilline. Kunt u de volgende vragen zo goed mogelijk proberen te beantwoorden?

Het kan zijn dat u niet alles meer precies weet, dat geeft niet. Beschrijft u dan wat u nog wel weet.

U kunt ook de vragen bespreken met uw naaste(n) om zoveel mogelijk informatie te achterhalen.

**Naam:**  ..............................................

**Geboortedatum:** ..............................................

|  |  |
| --- | --- |
| **Op welke penicilline heeft u een reactie gehad?**  (meerdere antwoorden mogelijk) | * Amoxicilline * Flucloxacilline (Floxapen®) * Amoxicilline-clavulaanzuur (AugmentIn®) * Feneticilline (Broxil®) * Benzylpenicilline (Penidural®) * Penicillines * Anders, nl: ………………………………………………………………. * Ik weet de naam niet meer |
| **Hoe lang geleden had u de reactie?**  Wanneer u vaker een reactie heeft gehad rondom het gebruik van penicilline, vult u dan in wanneer de laatste keer is geweest | * Minder dan 1 jaar geleden * 1-5 jaar geleden * Meer dan 5 jaar geleden * Meer dan 10 jaar geleden * Op kinderleeftijd (jonger dan 16 jaar) * Weet ik niet meer |
| **Voor welke infectie werd u behandeld toen u de reactie kreeg?**  Bijvoorbeeld een longontsteking of een blaasontsteking. Indien u het niet meer weet, probeert u dan te beschrijven waar u last van had. | ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………. |
| **Hoe snel na het doorslikken van de eerste dosis, of eerste toediening, begonnen de klachten?** | * Onmiddellijk (binnen 6 uur) * 6-24 uur na de eerste dosis * Meer dan 24 uur na de eerste dosis * Anders, namelijk: ……………………………………………………. * Weet ik niet meer |
| **Welke klachten kreeg u precies?** Probeer hierbij ook de volgorde te beschrijven indien u meerdere klachten hebt gekregen.  Beschrijf bij een huiduitslag bijvoorbeeld waar op het lichaam het zat, hoe het eruit zag, hoe het voelde, hoe het veranderde en hoe lang het duurde. | ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………. |
| **Welke symptomen had u tijdens de reactie?**  (meerdere antwoorden mogelijk) | * Ik had een levensbedreigende allergische reactie waarbij met spoed een arts of ambulance moest komen (anafylaxie) * Ik had een flinke zwelling van het gezicht, tong, ogen of lippen (angio-oedeem) * Ik had huiduitslag met hevige jeuk en vorming van bulten/kwaddels (galbulten/netelroos/urticaria) * Ik had klachten van de ademhaling met flinke benauwdheid, moeite met inademen, piepende ademhaling, vastgestelde lage zuurstofspanning in het bloed (lage saturatie) * Een dokter heeft de bloeddruk gemeten en gezegd dat ik een lage bloeddruk had (hypotensie) * Ik had geen van bovenstaande symptomen * Weet ik niet meer |
| **Welke klachten had u tijdens de reactie?**  (meerdere antwoorden mogelijk) | Klachten van de huid   * Jeuk * Egale roodheid van de huid * Vlekjes op de huid * Bultjes op de huid * Blaren op de huid * Puistjes op de huid * Kapotte slijmvliezen in mond   Klachten van de ogen en luchtwegen   * Prikkende of tranende ogen * Verstopte/lopende/jeukende neus * Hoesten   Klachten van de bloedcirculatie   * Duizeligheid * Flauwvallen * Verminderd aanspreekbaar   Klachten van het maagdarmkanaal   * Misselijkheid * Braken * Diarree * Buikpijn of buikkrampen   Andere klachten   * Hoofdpijn * Hartkloppingen * Zwelling (niet in het gezicht) * Anders, namelijk: …………………………………………………….   …………………………………………………………………………………   * Weet ik niet meer |
| **Hoe lang hielden de klachten ongeveer aan?** | * 1 dag * 2-7 dagen * 1-2 weken * Meer dan 2 weken * Weet ik niet meer |
| **Welke zorgverleners hebben tijdens de reactie voor u gezorgd?**  (meerdere antwoorden mogelijk) | * Geen zorgverlener * Huisarts * Huisartsenpost * Er is een ambulance gekomen * Ik ben naar de Spoedeisende Hulp gegaan * Ik ben opgenomen in het ziekenhuis vanwege de allergische reactie * Ik lag al in het ziekenhuis toen ik de allergische reactie had * Weet ik niet meer |
| **Is (nood)medicatie gebruikt toen de klachten optraden?** (meerdere antwoorden mogelijk) | * Nee * Hooikoortstablet (bijvoorbeeld levocetirizine, desloratadine of clemastine) * Prednison/dexamethason * Adrenaline of Epi-pen * Anders, namelijk: ……………………………………………………. * Ik weet de naam van de noodmedicatie niet meer * Ik weet niet meer of er noodmedicatie is gebruikt |
| **Bent u op een penicilline allergie getest?**  **Zo ja: waar en wat was de uitkomst?** | * Nee * Ja * Weet ik niet meer   ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………. |
| **Is een penicilline ooit opnieuw gebruikt?**  **Zo ja: gaf het toen opnieuw klachten?** | * Nee * Ja * Weet ik niet meer * Nee * Ja, de volgende klachten: ………………………………………   ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….   * Weet ik niet meer |

Dit is het einde van de vragenlijst. Dank u wel voor het invullen.