

Vragenlijst insuline-allergie

U heeft een afspraak bij de poli insuline-allergie in Amsterdam UMC locatie AMC. Om u zo goed mogelijk te kunnen helpen vragen wij u om het onderstaande formulier volledig in te vullen en mee te nemen naar uw afspraak. Als u bij het invullen nog vragen heeft, dan kunt u telefonisch contact opnemen met (020) 566 77 92 (ma-vr 08.30 -16.15 uur)

Datum van invullen formulier: _____

Uw gegevens

Naam :
Achternaam :
Adres :
Patiëntnummer :
Geboortedatum :
Email :
Telefoonnummer :

Door wie bent u verwezen? (graag het rondje van uw keuze inkleuren)

- ☐ Internist
- ☐ Dermatoloog
- ☐ Huisarts
- ☐ Anders nl.:

Naam en woonplaats verwijzer:

Behandelgegevens type diabetes

- ☐ DM type 1
- ☐ DM type 2
- ☐ Anders nl.:

Sinds wanneer heeft u diabetes (jaartal)?

Wanneer bent u met insuline therapie begonnen (jaartal)?

Wanneer kreeg u voor het eerst allergie klachten van de insuline?

- Direct na start insuline therapie
- Aantal weken na start insuline therapie, nl..... weken
- Na veranderen van insulinesoort of toediening
- Anders nl.:.....

Wat voor allergieklachten heeft u ondervonden van de insuline?

- Huidklachten ter plaatsen van de injectie
- Klachten over het hele lichaam met of zonder huidklachten op de plaats van de injectie
- Anders nl.:.....

Waar treden de klachten op en bij hoeveel eenheden?

.....

Heeft de plaats van het spuiten invloed op de klachten? JA / NEE

Hoe lang na het spuiten (uren/dagen) treden de klachten op?

.....

Hoe lang houden de klachten aan?

Wat is er tot nu toe gedaan om de allergie klachten te verminderen?

.....

Na hoeveel tijd kwamen de klachten weer terug? (weken/maanden)

.....

Huidige situatie

Welke insulinesoort(en) heeft u op dit moment en hoeveel eenheden gebruikt u?

.....

Waar spuit u de insulines?

Wat voor naald gebruikt u om te spuiten?mm

Ondervindt u allergie klachten van de insuline(s) die u op dit moment gebruikt? JA / NEE

Indien ja, wat voor klachten:.....

Welke insulinesoorten heeft u in het verleden gebruikt? Graag elke insuline soort apart vermelden op chronologische volgorde (beginnend bij de eerste insulinesoort waarmee u bent gestart).

Vul naam en soort in:

1^e insuline soort

Kreeg u last van allergische klachten? JA / NEE

2^e insuline soort

Kreeg u last van allergische klachten? JA/ NEE

3^e insuline soort

Kreeg u last van allergische reacties? JA / NEE

4^e insuline soort

Kreeg u last van allergische reacties? JA / NEE

5^e insuline soort

Kreeg u last van allergische reacties? JA/ NEE

Hoe vaak controleert u uw bloedsuikerspiegel per dag? keer

Laatste HBA1c waarde% mmol/mol. Datum laatste HBA1c waarde-.....-.....

Zijn uw bloedsuikers binnen de normaalwaarde (4- 10 mmol) sinds de klachten van de allergie? JA / NEE

Heeft u last van met bloedsuikers bewezen hypos's (< 3,9 mmol/l) waarvan u de oorzaak niet begrijpt? JA / NEE

Heeft u last van met bloedsuikers bewezen hypo's (> 10 mmol/l) waarvan u de oorzaak niet begrijpt? JA / NEE

Medische werk en familiegeschiedenis

Heeft u op dit moment betaald werk? JA/ NEE

Indien ja, wat is uw functie?

.....

Indien nee, bent u werkloos of arbeidsongeschikt als gevolg van uw allergie klachten?

- ☐ Ja, werkloos
- ☐ Ja, arbeidsongeschikt
- ☐ Nee
- ☐ Anders nl.:.....

Indien van toepassing: zijn er belemmeringen op de werkvloer of in het werk zelf die de hervatting van het eigen werk in de weg staan? JA / NEE

Indien ja, omschrijf kort wat de belemmeringen zijn:

- ☐
- ☐
- ☐

In hoeverre beïnvloedt de allergie klachten uw werk of dagelijkse activiteiten? Op schaal van 0 tot 10 waarbij 0 geen klachten geeft en 10 ondragelijke klachten.

Cijfer

Huidige medicatie inclusief dosering

Medicatie	Dosering

Bent u bekend met allergieën? JA / NEE

Indien ja, welke?

Bent u bekend met eczeem, hooikoorts en/ of astma?

JA / NEE

Heeft u complicaties aan uw ogen/ hart/ nieren/ voeten geassocieerd aan uw diabetes?

JA / NEE

Heeft u in het verleden andere ziekten en/of operaties gehad? (gelieve ook het jaartal vermelden)

.....
.....

Komen onderstaande aandoeningen voor in uw familie? (indien ja, geeft u dan aan bij wie)

- ☐ Diabetes type 1
- ☐ Diabetes type 2
- ☐ Astma.....
- ☐ Allergieën.....
- ☐ Eczeem

Uw meest recente **gewicht**kg

Uw meest recente **lengte**cm

Uw meest recente **bloeddruk**

Vindt u het goed als uw gegevens anoniem worden gebruikt voor onderzoek naar verdere verbetering van de diagnostiek en behandeling van insuline allergie? JA / NEE

Invullen door de arts

A:

LO:

O:

Advies:

.....