

Код форми за ЗКУД | | | | | | | | | |

Код закладу за ЗКПО | | | | | | | | | |

{ Форму N 134/о "Карта алергологічного дослідження" виключено на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я N 855 (v0855282-12) від 31.10.2012 }

Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 1 3 4 / о Затверджена наказом МОЗ України 2 7 . 1 2 . 9 9 р . N 3 0 2
---	---

Карта алергологічного дослідження

Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

Дата | | | | | | | | | |
(число, місяць, рік)

СКАРИФІКАЦІЙНІ ТЕСТИ

ОЦІНКА РЕАКЦІЇ	ОЦІНКА РЕАКЦІЇ
Тест-контрольна рідина _____ р-н гістаміну _____ Побутові алергени (підкреслити) Домашній пил, серія N _____ Домашній пил, серія N _____ пір'я подушки _____ бібліотечний порошок _____ Епідермальні алергени (підкреслити) хутро вівці _____ хутро собаки _____ хутро кішки _____ хутро кролика _____ лупа коня _____ Харчові алергени (вписати) _____ _____ _____ Алергени від укусу комах (вписати) _____ _____	Пилкові алергени (підкреслити) суміш дерев _____ береза _____ вільха _____ ліщина _____ дуб _____ клен _____ тополя _____ тимофіївка _____ овес _____ м'ятлик _____ райграс _____ лисохвіст _____ жито _____ кукурудза _____ конопля _____ соняшник _____ кульбаба _____ полин _____ лобода _____ амброзія _____

ВНУТРІШНЬОШКІРНІ ТЕСТИ				
Найменування алергенів	Оцінка реакції			
	негайна		сповільнена	
	місцева	загальна	місцева	загальна
ПРОВОКАЦІЙНІ ТЕСТИ				
Назальний тест _____				
Оцінка реакції _____				

Кон'юнктивальний тест _____				

Аплікаційний тест _____				

Інгаляційний тест _____				

Інші _____				

Підпис лікаря _____				