



1. Potilaan nimikirjaimet	2. Syntymäaika	3. Ikä vuosina	4. Sukupuoli <input type="checkbox"/> mies <input type="checkbox"/> nainen	5. Tapahtuma pvm
6. Tapahtumapaikka: <input type="checkbox"/> koti <input type="checkbox"/> vapaa-aika <input type="checkbox"/> sairaala/terveyskeskus <input type="checkbox"/> työ <input type="checkbox"/> ravintola <input type="checkbox"/> päiväkotikoulu <input type="checkbox"/> muu, mikä?				7. Tapahtumapaikkakunta
9. Epäilty reaktion aiheuttaja (rastita). Kirjoita: tarkka nimi, kauppanimi, erä, annos, antotapa, ym. kohtaan 12. lisätietoja.				
<input type="checkbox"/> ruoka/ruoka-aine <input type="checkbox"/> kala <input type="checkbox"/> kasvis <input type="checkbox"/> muna <input type="checkbox"/> juures <input type="checkbox"/> maito <input type="checkbox"/> hedelmä <input type="checkbox"/> vehnä <input type="checkbox"/> muu, mikä? <input type="checkbox"/> soija <input type="checkbox"/> maapähkinä <input type="checkbox"/> puupähkinä <input type="checkbox"/> siemen		<input type="checkbox"/> lääke <input type="checkbox"/> antibiootti <input type="checkbox"/> kipulääke <input type="checkbox"/> lihasrelaksantti <input type="checkbox"/> siedätyshoito <input type="checkbox"/> pistossiedätys <input type="checkbox"/> tablettisiedätys <input type="checkbox"/> ihotestaus <input type="checkbox"/> muu, mikä?		<input type="checkbox"/> hyönteinen/eläin <input type="checkbox"/> ampiainen <input type="checkbox"/> mehiläinen <input type="checkbox"/> muu hyönteinen <input type="checkbox"/> eläin, mikä? <input type="checkbox"/> muu aiheuttaja, mikä? <input type="checkbox"/> ei tietoa
10. Näyte reaktion aiheuttajasta otettu <input type="checkbox"/> kyllä, <input type="checkbox"/> ei		11. Pakkaus/tuoteseloste <input type="checkbox"/> liitteenä, <input type="checkbox"/> saatavilla, <input type="checkbox"/> ei tietoa		
12. Lisätietoja tapahtumasta, jatkotoimenpiteet / tutkimukset. Epikriisi liitteenä <input type="checkbox"/> kyllä, <input type="checkbox"/> ei				
13. Seeruminäyte otettu <input type="checkbox"/> kyllä, <input type="checkbox"/> ei		(tarvittaessa käytä liitteitä)		
14.-15. Oireet (rastita / kirjoita) <input type="checkbox"/> iho-oireet <input type="checkbox"/> paikallinen nokkosihottuma (urtikaria) <input type="checkbox"/> yleistynyt nokkosihottuma (urtikaria) <input type="checkbox"/> ihon turvotus (angioödeema) <input type="checkbox"/> kutina <input type="checkbox"/> punoitus <input type="checkbox"/> kihelmöinti, pistely <input type="checkbox"/> hengitystieoireet <input type="checkbox"/> hengitysvaikeus <input type="checkbox"/> keuhkoputkien ahtautuminen/vinkuna (obstruktio) <input type="checkbox"/> kurkunpään vinkuna (stridor)		<input type="checkbox"/> käheä ääni <input type="checkbox"/> ylähengitysteiden näkyvä turvotus (kieli, kurkku, kitalaki, kurkunpää) <input type="checkbox"/> yskä <input type="checkbox"/> puristava tunne rinnassa <input type="checkbox"/> nuha, nenän tukkoisuus <input type="checkbox"/> aivastelu <input type="checkbox"/> silmäoireet (kutina, punoitus, vuotaminen) <input type="checkbox"/> sydän- ja verenkierto-oireet <input type="checkbox"/> hypotensio (lukema ____/____) <input type="checkbox"/> takykardia <input type="checkbox"/> muu rytmihäiriö		<input type="checkbox"/> tajunnanhäiriö <input type="checkbox"/> tajuttomuus <input type="checkbox"/> sokki <input type="checkbox"/> maha- ja suolisto-oireet <input type="checkbox"/> pahoinvointi/huono olo <input type="checkbox"/> kipu <input type="checkbox"/> oksentelu <input type="checkbox"/> ripuli <input type="checkbox"/> muu oire, mikä?
16. Oireet altistumisesta <input type="checkbox"/> alle 10 min <input type="checkbox"/> alle 30 min <input type="checkbox"/> alle 2 tuntia <input type="checkbox"/> yli 2 tuntia	18. Hoito <input type="checkbox"/> adrenaliini <input type="checkbox"/> injektoriresepti oli <input type="checkbox"/> omaa injektoria käytettiin <input type="checkbox"/> antihistamiini <input type="checkbox"/> kortikosteroidi <input type="checkbox"/> muu lääkitys, mikä?	<input type="checkbox"/> hoito tapahtumapaikalla <input type="checkbox"/> vaati ammattiensiapua <input type="checkbox"/> vaati sairaalahoitoa <input type="checkbox"/> vaati tehohoitoa	20. Toipuminen <input type="checkbox"/> täysin toipunut <input type="checkbox"/> pitkäaikaisia seurauksia, mitä? <input type="checkbox"/> kuollut <input type="checkbox"/> ei tiedossa	
17. Myöhäsoireet <input type="checkbox"/> kyllä, milloin, mitä, hoito?	19. Vaikeusaste <input type="checkbox"/> lievä <input type="checkbox"/> keskivaikea <input type="checkbox"/> henkeä uhkaava			
21. Tapahtumaa edelsi <input type="checkbox"/> kuuma, kylmyys, sauna <input type="checkbox"/> liikunta, muu rasitus <input type="checkbox"/> alkoholi <input type="checkbox"/> infektio <input type="checkbox"/> muu, mikä?	23. Aikaisemmat allergiaoireet <input type="checkbox"/> nenä/silmäoireet <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> muu hengitysvaikeus <input type="checkbox"/> iho-oireet (urtikaria, ekseema) <input type="checkbox"/> suolisto-oireet <input type="checkbox"/> anafylaksia, mistä, montako? <input type="checkbox"/> muu sairaus, mikä? <input type="checkbox"/> lähisukulaisilla anafylaksiaa		24. Aiemmin todetut allergian aiheuttajat <input type="checkbox"/> ruoka, mikä? <input type="checkbox"/> lääke, mikä? <input type="checkbox"/> siitepöly, mikä? <input type="checkbox"/> eläinpöly, mikä? <input type="checkbox"/> muu, mikä?	
22. Säännöllinen lääkitys <input type="checkbox"/> beetasalpaaja <input type="checkbox"/> ACE-estäjä <input type="checkbox"/> muu lääke, mikä?				
25. Ilmoituksen antaja	27. Toimipaikan yhteystiedot: osoite, puhelin, faksi, sähköposti			
26. Toimi				
28. Päivämäärä	29. Yliopistosairaalapiiri <input type="checkbox"/> HYKS, <input type="checkbox"/> TAYS, <input type="checkbox"/> TYKS, <input type="checkbox"/> KYS, <input type="checkbox"/> OYS			