

PEDIATRÍA

FORMULARIO DE MANIFESTACIÓN ALÉRGICA



Semana: _____ Finaliza: __/__/_____

No existe declaración esta semana por:

No se han registrado casos

Ausencia de la consulta

Otros: _____

		Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
CIP		_____	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento:		__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Sexo	Hombre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mujer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de alergia	Rinitis alérgica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(respuesta múltiple)</i>	Conjuntivitis alérgica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Crisis de asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dermatitis atópica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otra manifestación alérgica en la piel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tipo.....	_____	_____	_____	_____
	Angioedema alérgico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manifestación alérgica digestiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reacción anafiláctica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agente causal del episodio	Polen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(respuesta única)</i>	Ácaros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Animales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Picadura de insectos (himenópteros, tábanos, garrapatas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anisakis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alimento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar.....	_____	_____	_____	_____
	Medicamento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar.....	_____	_____	_____	_____
	Factores irritantes como sol, frío, calor, leve traumatismo....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Látex.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alérgeno profesional.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar.....	_____	_____	_____	_____
	Profesión.....	_____	_____	_____	_____
	Otro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar.....	_____	_____	_____	_____
	Desconocido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento del episodio	Antihistamínicos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(respuesta múltiple)</i>	Corticoides orales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Corticoides no sistémicos (nasal, ocular, cutáneo, inhalado...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beta estimulantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adrenalina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Requirió asistencia de emergencia (en domicilio o PAC)	No.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derivado a urgencias hospital	No.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derivado a consulta de alergología	No.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 2020 (PEDIATRÍA)

MANIFESTACIÓN ALÉRGICA

Criterio de inclusión:

- Rinitis alérgica (R97): Tres de los siguientes síntomas de forma crónica o estacional (1.-estornudos, 2.-obstrucción nasal, 3.-secreción nasal clara, 4.-ojos llorosos, 5.-edema de la mucosa nasal). Excluye infección respiratoria de vías altas o rinitis no alérgica.
- Conjuntivitis alérgica (F71): hiperemia conjuntival, lacrimo, picor y, a veces, edema conjuntival cuando se excluyen las conjuntivitis infecciosas, por deslumbramiento, tracoma.

La conjuntivitis alérgica con rinorrea se asigna a la rinitis alérgica.

- Crisis de asma (R96): Episodio de obstrucción bronquial aguda con uno de los siguientes (1.-sibilancias, 2.-tos seca, 3.-fase espiratoria prolongada) o resultado positivo en las pruebas de diagnóstico de asma.

Se excluye enfisema, bronquitis y bronquiolitis.

- Manifestación alérgica en piel (S98): lesiones eritematosas, papulosas o habonosas, localizadas o generalizadas, acompañadas de prurito de distinta intensidad. Se incluyen las dermatitis atópicas. Se excluyen las dermatitis del pañal.
- Reacciones alérgicas no especificadas: todas las reacciones alérgicas no especificadas en las anteriores, como edema alérgico, anafilaxia, choque anafiláctico, edema angioneurótico (A92), alergias medicamentosas (A85) o alimentarias de manifestaciones heterogéneas o por picaduras de insectos, etc.

Se excluye intolerancia a alimentos como a la leche (si no es alergia a las proteína de la leche) o al gluten.

Procedimiento:

Los pediatras registrarán semanalmente las manifestaciones alérgicas agudas que vean en consulta, en visita domiciliaria y las que sean atendidas en atención continuada o emergencias o urgencias hospitalarias de pacientes de su cupo.

Un paciente puede ser registrado varias veces al año por distintos episodios.

Se consideran episodios distintos cuando a juicio del pediatra el primer episodio haya remitido completamente (con o sin tratamiento) y se produzca una nueva consulta por un nuevo episodio.

Una vez registrado el episodio, se pasará la información a la enfermera de pediatría para continuar el estudio con la información sobre calidad de vida del niño y de la familia.