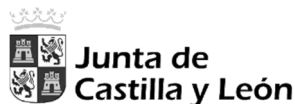


ENFERMERÍA PEDIÁTRICA



Junta de Castilla y León
 Consejería de Sanidad
 Dirección General de Salud Pública

FORMULARIO DE CALIDAD DE VIDA EN ALERGIA

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"/>
Medio ambiente en el que vive el niño					
Lugar de residencia	Rural.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Urbano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugar de residencia (posible respuesta múltiple)	Casa unifamiliar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Piso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vivienda cerca del campo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vivienda cerca de animales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Residencia o entorno escolar o de ocio próxima a vías de tráfico como autopistas, carreteras o a industria de potencial impacto ambiental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Residencia o entorno escolar o de ocio con presencia de árboles, gramíneas y maleza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convivencia	Número de convivientes (incluido el niño).....	_____	_____	_____	_____
	Número de familiares con alergia (excluido el niño).....	_____	_____	_____	_____
	Convivencia con fumador.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Convivencia con animales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clínica					
Factores de riesgo e historia (posible respuesta múltiple)	Historia personal de atopía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Historia familiar de alergias en padres y/o hermanos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Antecedentes de bronquiolitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pruebas alérgicas complementarias realizadas (posible respuesta múltiple)	Prick test.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RAST (IgE específica).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Triptasa sérica elevada en caso de anafilaxia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otros.....	_____	_____	_____	_____
Tratamiento de base (posible respuesta múltiple)	Dieta de exclusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inmunoterapia oral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inmunoterapia inyectable.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otros.....	_____	_____	_____	_____
Cuestionario de calidad de vida completado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 2020 (ENFERMERÍA PEDIÁTRICA)

CALIDAD DE VIDA EN ALERGIA.

Criterio de inclusión:

Cada uno de los pacientes registrados por el pediatra.

Un paciente/familia solo se estudiará una vez.

Procedimiento:

Una vez que el pediatra ha registrado una manifestación alérgica por primera vez en este estudio, la enfermera cumplimentará este formulario de calidad de vida.

A continuación entregará el Formulario de información familiar PedsQL™ para cumplimentar por la familia y el Cuestionario de calidad de vida pediátrica PedsQL™ para PADRES de NIÑOS PEQUEÑOS (menores de 8 años) o el de NIÑOS (para cumplimentar por el propio niño a partir de los 8 años).

Estos dos cuestionarios se graparán a la hoja blanca del registro “Formulario de Calidad de vida en alergia” para remitir al Servicio Territorial cada semana, la hoja amarilla del registro (copia) se guardará por la enfermera.

Se recomienda hacer una copia de los cuestionarios PedsQL™ (Formulario de información familiar y Cuestionario de calidad de vida pediátrica) una vez cumplimentados que serán guardadas por la enfermera hasta la finalización del estudio.