



ISTITUTO DI CURA  
CITTÀ DI PAVIA

## VALUTAZIONE RISCHIO DI ALLERGIE, IN PARTICOLARE ALLERGIA AL LATTICE

**Da riconsegnare compilato durante la prestazione di prericovero  
oppure prima di procedure invasive in regime di ricovero o ambulatoriale**

<b>U.O. / Servizio</b> _____
<b>Cognome e Nome</b> _____

<b>1. E' a conoscenza di essere allergico al lattice o a oggetti di gomma?</b>	si	no
<b>2. Ha notato la comparsa di una o più delle seguenti reazioni dopo contatto con oggetti di gomma o di lattice?</b>  Orticaria <input type="checkbox"/> Gonfiore al viso o alle labbra <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Arrossamento agli occhi o gonfiore alle palpebre <input type="checkbox"/> Congiuntivite <input type="checkbox"/> Raffreddore <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Shock Anafilattico <input type="checkbox"/>	si	no
<b>3. Ha subito ripetuti interventi chirurgici in età pediatrica o è affetto da spina bifida o malformazioni urogenitali</b>	si	no
<b>4. E' un lavoratore della gomma?</b>	si	no
<b>5. Ha avuto reazioni allergiche dopo assunzione o contatto con i seguenti vegetali?</b>  Banana <input type="checkbox"/> Avocado <input type="checkbox"/> Castagna <input type="checkbox"/> Kiwi <input type="checkbox"/> Arachide <input type="checkbox"/> Papaya <input type="checkbox"/> Ananas <input type="checkbox"/> Ficus Benjamin <input type="checkbox"/>	si	no
<b>6. E' un lavoratore della sanità?</b>	si	no



7. Ha avuto reazioni allergiche a Farmaci <input type="checkbox"/> Mezzo di Contrasto <input type="checkbox"/> Cerotti <input type="checkbox"/> Metalli <input type="checkbox"/>	si	no
8. Ha avuto reazioni allergiche a alimenti <input type="checkbox"/> pollini <input type="checkbox"/> polveri <input type="checkbox"/> puntura di insetti <input type="checkbox"/> Se ha avuto reazioni allergiche barri le caselle che descrivono i sintomi di cui ha sofferto: Eritema e prurito <input type="checkbox"/> Orticaria <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Gonfiore al viso o alle labbra <input type="checkbox"/> Congiuntivite <input type="checkbox"/> Arrossamento agli occhi o gonfiore alle palpebre <input type="checkbox"/> Raffreddore/solco nasale <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Gonfiore alla gola con difficoltà a respirare <input type="checkbox"/> Shock anafilattico <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Specificare farmaci o sostanze _____	si	no
9. Soffre di asma, di rinite o di congiuntivite stagionali?	si	no
10. Ha effettuato test allergici o prelievi per studiare eventuali allergie?	si	no
11. Alcuni di questi sono risultati positivi. Se sì, quali sostanze _____	si	no

Data di Compilazione \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

<b>Compilazione a cura del medico che valuta il questionario anamnestico</b>		
Paziente <b>allergico al lattice</b> da trattare secondo PROTOCOLLO AZIENDALE-21 Gestione dei pazienti ricoverati e ambulatoriali che presentano allergia al lattice	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Paziente allergico a farmaci comunemente usati in sala operatoria	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Paziente appartenente a categoria a rischio di allergia al lattice o con allergie non farmacologiche	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Altre eventuali prescrizioni: .....

**Timbro e Firma Medico**<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
(Medico anestesista in prericovero o  
Medico che ha in carico il paziente)

**Data** \_\_\_\_\_

In caso di risposta positiva alle domande 1 e 2 della sezione “sintomatologia compatibile con allergia al lattice” il paziente verrà gestito secondo le procedure previste per i pazienti allergici al lattice (PROTOCOLLO AZIENDALE-21). Nei casi di risposte positive alle domande da 3 a 6 (che indicano l'appartenenza a una popolazione con maggior incidenza di allergia al lattice) il medico, che prende atto delle dichiarazioni del paziente, con eventuale approfondimento anamnestico e clinico, decide se il paziente debba essere o meno trattato come allergico al lattice.

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> I questionari anamnestici auto compilati dal paziente devono sempre essere datati e controfirmati da parte del medico che ne prende visione (Risposte Direzione Generale Salute. Terza riunione dell'attività 2014 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatezza e Controlli in riferimento a DGR n IX/621/2010: “Esame obiettivo all'ingresso”).