

# Registrering af allergi

Navn og CPR-nummer:

Udfyldt af:

Dato:

**Ingen tilstand eller allergi**

**Lægemiddelallergi**

Navn på lægemiddel:

Reaktion

(evt. med graden samt  
kort beskrivelse):

Debut:

Observeret af

(pt., forældre, læge):

Evt. verifikation

(blodprøve/priktest):

**Anden allergi \***

Allergi eller anden  
reaktion (jod, skaldyr,  
laktoseintolerans):

Reaktion

(evt. med graden samt  
kort beskrivelse):

Debut:

Observeret af

(pt., forældre, læge):

Evt. verifikation

(blodprøve/priktest):

**Tilstande**

Navn på tilstand

(kronisk sygdom, fobi):

\* Under anden allergi skal stå allergiske reaktioner, som ikke er lægemiddelinducerede, samt ikke-allergiske reaktioner såfremt generne er af en sådan karakter, at patienten ønsker at undgå disse. Se evt. Pridokument "Journalføring af CAVE-oplysninger i Region Nordjylland".