



MELISA® enkät för utredning av eventuell metallöverkänslighet
Svaren behandlas konfidentiellt.

Ort: _____ Datum: _____

Namn: _____ Personnummer (alla siffror): _____

Adress: _____

Bostadstelefon: _____ Arbetstelefon: _____

1. TANDSTATUS

1.1 Dina tandfyllningar

Första fyllningar
insatta:

Antal (ungefär):

Amalgam

Guld

Plast

Keramik

Annat

1.2 Rotfyllningar

Vilket material?

Insatta
(tidpunkt):

Antal
(uppskatta):

1.3 Pågår utbyte av fyllningar till annat material?

JA

NEJ

Sedan när? _____

Om **Ja**: Namn och ort på tandläkare som utför saneringen:

1.4a) Är fullständig sanering utförd?

JA

NEJ

Sedan när? _____

b) Om **Ja**: Namn och ort på tandläkare som utfört saneringen:

c) **Till vad har Du bytt?** (Ringa in!)

Guld

Kompositmaterial

Keramik

Metallbunden (MB) keramik

Skriv gärna materialens namn: _____

1.5a) Om Du genomgått metallsanering, helt eller delvis:

Har Du lidit av några symptom i anslutning till avlägsning av tandfyllningar?

JA

NEJ

b) Om **Ja**, vilka symptom och hur länge har dessa varat?

1.6 Har Du själv märkt en långsiktig/kortsiktig förbättring eller försämring av Ditt hälsotillstånd som kunde bero på saneringen? (ringa in)

Kortsiktig: Förbättring Försämring

Tillstånd oförändrat

Långsiktig: Förbättring Försämring

Tillstånd oförändrat

1.7a) Har Du tandlossning?

JA

NEJ

b) Om **Ja**: Sedan när?

1.8a) Har Du inflammerat och/eller blödande tandkött?

JA

NEJ

b) Om **Ja**: Sedan när?

1.9a) Har Du, eller har Du tidigare haft , några andra metaller eller metallinnehållande tandmaterial i munnen tex titanstift, mässingstift, metallbundet keramiskt material?

JA

NEJ

b) Uppge typ och material:

1.10a) Har Du proteser/bettskenor eller har Du /har Du haft tandställning?

JA NEJ

b) När? _____

2. METALLEXPONERING och ALLERGIER

2.1a) Har Du/har Du haft proteser eller implantat i kroppen som tex höftprotes, knäprotes eller siliconimplantat?

JA NEJ

b) Uppge vilken typ och när de tillkom:

c) Har det förekommit problem med Dina implantat?

JA NEJ

d) Om **Ja**, vilka problem?

2.2a) Har Du märkt ökad trötthetskänsla/ledverk/koncentrationsvårigheter efter implantatoperation?

JA NEJ

b) Om **Ja**, vilka?

2.3 Har Du tatueringar? Hur många och när tillkom de? JA NEJ

När: _____ Hur många: _____

2.4a) Har Du varit utsatt för metallexponering i Ditt arbete? JA NEJ

b) Om **Ja**: Vilket yrke och vilka metaller?

2.5a) Har någon familjemedlem varit utsatt för metaller i arbetet? JA NEJ
 b) Vem och hur?

2.6a) Röker Du? JA NEJ

b) Hur mycket? _____

c) Sedan när? _____

d) Har Du rökt tidigare? JA NEJ

e) Hur mycket? _____

f) Hur länge? _____

2.7a) Är Du utsatt för passiv rökning i hemmet eller på arbetsplatsen? JA NEJ

2.8 Bor Du/har Du bott nära en fabrik, ett industriområde, flygplats eller ett krematorium? JA NEJ

Vad: _____ När: _____

2.9a) Har Du fått Gammaglobulin som profylax eller behandling? JA NEJ

OM DU ÄR MAN, GÅ TILL 2.13.

2.10a) Är Du RH-negativ och fått anti-D-globulin i samband med förlossning? JA NEJ

b) Om **Ja**, uppge preparatnamn och behandlingsdatum och av vem/var behandlingen gavs:

2.11a) Använder Du kopparspiral? JA NEJ

b) Har Du tidigare använt kopparspiral? JA NEJ

c) Om **Ja**: Har Du upplevt obehag i samband med detta? JA NEJ

d) Vilka symptom?

2.12a) Tål Du kosmetika? JA NEJ
 b) Om **Nej**: Vad och vilket märke?

2.13 a) Har Du någon gång behandlats med Myocrisin®? JA NEJ
 (ett guldpreparat för behandling av ledbesvär)?

b) Om **Ja**, har Du upplevt biverkningar i samband med några av ovanstående preparat?
 JA NEJ

c) Om **Ja**, uppge preparatnamn och biverkningar:

2.14a) Har Du hål i öronen? JA NEJ
 b) Använder Du örhängen? JA NEJ
 c) Har Du tidigare använt örhängen? JA NEJ
 d) Om **Ja**: Har Du upplevt obehag i samband med detta? JA NEJ
 e) Är det något material du inte tål? Beskriv reaktion vid exponering:

Nickel: _____

Guld: _____

Silver: _____

Andra oädla metaller: _____

Andra material: _____

2.14a) Får Du hudirritation i kontakt med jeansknappar, klockarmband, ringar, smycken eller andra föremål? JA NEJ

b) Om **Ja**: Vad, vilket material och vilka symptom? Specificera reaktion vid exponering:

2.15a) Har Du genomgått desensibilisering med pollen-, kvalster- eller bi/getingextrakt?

JA NEJ

b) Om **Ja**: När och under hur lång tid?

2.16a) Har Du genomgått hudtest? JA NEJ

b) Om **Ja**: var gjordes testet och vilken läkare var inkopplad?

Läkare: _____

Sjukhus: _____

Ange testresultat: _____

c) Upplevde Du en försämring av Dina symptom i samband med hudtestet?

JA NEJ

Symptom: _____

2.17 Är du allergisk mot penicillin? JA NEJ

2.18a) Har Du någon födoämnesallergi? JA NEJ

b) Uppge vad du inte tål: _____

c) När bröt allergin ut? _____

2.19a) Har Du någon annan allergi? JA NEJ

Mot vad: _____

3. SJUKDOMSHISTORIA och HERIDITET

3.1 Har Du någon av läkare diagnostiserad sjukdom?

Vilken sjukdom? _____

Sedan när? _____

Symptom? _____

Namn och ort på Din läkare: _____

3.2 Finns det någon sjukdom/några sjukdomar i släkten?

Specificera Vem är drabbad?

Allergier: _____

Autoimmuna sjukdomar: _____

Hudsjukdomar: _____

Hjärt/kärl sjukdomar: _____

Diabetes: _____

Cancer/tumör: _____

Elöverkänslighet: _____

Psykiska sjukdomar: _____

Annat: _____

3.3 Tidigare och/eller pågående medicinsk behandling:

Var vänlig uppge preparatnamn och behandlingsperiod nedan.

3.4a) Är Du sjukskriven nu? JA NEJ

Om **Ja**: Sedan när? _____

b) Har Du tidigare varit sjukskriven i längre perioder? JA NEJ

Period: _____

4. ÖVRIGT

4.1a) Äter du vitaminer och/eller mineraler? JA NEJ

b) Om **Ja**, vad och hur mycket?

c) Om du fått biverkningar eller obehag av något av ovanstående preparat, beskriv dessa:

4.2 Kompletterande uppgifter: (för mer utrymme, använd baksidan på pappret)



Beställningsformulär för MELISA® testet

REMITTERANDE DOKTOR/TANDLÄKARE

Namn: _____

Kontakt information: _____

PATIENT

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____ Postort: _____

Land: _____ Epost: _____

Tfn: _____ Fax: _____

Diagnos: _____

BETALNING:

1) Namn på kreditkort: _____

Signatur: _____

Kreditkortsnr: _____

Utgång (datum): månad: __ år: __

2) Postgironummer: 122 55 86-5, Mottagare "Stiftelsen MELISA Medica". Skriv "Donation för forskning" på inbetalningsblanketten.

Var vänlig faxa, skicka detta formulär till:

Stiftelsen MELISA® Medica

Fax: 08-753 2322 Telefon: 08-753 2322

eller ta med personligen vid blodprovstagning

För att uppnå bästa resultat kan patienten fylla i ett frågeformulär som går igenom sjukdomshistoria och exponering för metaller. Vi rekommenderar då en av följande testpaneler eller skräddarsyr en individuell panel.

Metallerna i varje testpanel har valts ut efter vår erfarenhet av vilka metaller olika patientgrupper oftast får positiva svar i MELISA® testet.

Paneler och priser:

- 250 kr per metall
- 10 metaller för 2 500 kr
- 20 metaller för 3 500 kr

MELISA® TESTPANELER

A. För patienter med amalgamfyllningar

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| 1. Aluminium | 6. Palladium |
| 2. Beryllium | 7. Metylkviksilver |
| 3. Koppar | 8. Nickel |
| 4. Indium | 9. Silver |
| 5. Oorganiskt kvicksilver | 10. Tenn |

B. För patienter som bytt ut amalgam mot guld

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| 1. Beryllium | 6. Molybden |
| 2. Kadmium | 7. Metylkviksilver |
| 3. Guld | 8. Nickel |
| 4. Indium | 9. Palladium |
| 5. Oorganiskt kvicksilver | 10. Titandioxid |

C. För patienter som varken har amalgam eller guld men lider av hälsoproblem

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| 1. Molybden | 6. Metylkviksilver |
| 2. Kadmium | 7. Nickel |
| 3. Guld | 8. Fenylkvicksilver |
| 4. Oorganiskt kvicksilver | 9. Timerosal |
| 5. Bly | 10. Titandioxid |

D. För patienter med amalgam, guld och rotfyllningar

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| 1. Aluminium | 11. Metylkviksilver |
| 2. Arsenik | 12. Molybden |
| 3. Antimon | 13. Nickel |
| 4. Beryllium | 14. Palladium |
| 5. Kadmium | 15. Fenylkvicksilver |
| 6. Krom | 16. Timerosal |
| 7. Guld | 17. Tenn |
| 8. Indium | 18. Titandioxid |
| 9. Oorganiskt kvicksilver | 19. Titantriklorid |
| 10. Bly | 20. Silver |

INDIVIDUELL TESTPANEL:

Ringa in de utvalda metallerna

- | | |
|---------------------------------|----------------------|
| 1. Aluminium (Al) | 20. Molybden (Mo) |
| 2. Antimon (Sb) | 21. Nickel (Ni) |
| 3. Arsenik (Ar) | 22. Niob (Nb) |
| 4. Barium (Ba) | 23. Palladium (Pd) |
| 5. Beryllium (Be) | 24. Fenylkvicksilver |
| 6. Vismut (Bi) | 25. Platina (Pt) |
| 7. Kadmium (Cd) | 26. Rhodin (Rh) |
| 8. Krom (Cr) | 27. Rubidium (Rb) |
| 9. Kobolt (Co) | 28. Ruthen (Ru) |
| 10. Koppar (Cu) | 29. Silver (Ag) |
| 11. Etylkviksilver | 30. Timerosal |
| 12. Gallium (Ga) | 31. Tenn (Sn) |
| 13. Guld (Au) | 32. Titandioxid |
| 14. Indium (In) | 33. Titantrichlorid |
| 15. Oorganiskt kvicksilver (Hg) | 34. Uran (U) |
| 16. Iridium (Ir) | 35. Vanadin (V) |
| 17. Järn (Fe) | 36. Tantal (Ta) |
| 18. Bly (Pb) | 37. Tungsten (W) |
| 19. Mangan (Mn) | 38. Zink (Zn) |
| 20. Metylkviksilver | 39. Zirkon (Zr) |