



UPITNIK MELISA®

Vi ćete biti "podvrgnuti" ispitivanju osjetljivosti na metale.

Kako bi pravilno analizirali svoju situaciju, molimo vas da ispunite ovaj obrazac sa najvećom tačnošću u koliko je to moguće.

Možete koristiti dodatne listove ako vam treba više prostora.

Ova informacija će biti tretirani s najvećom povjerljivošću.

Ime i prezime: Datum rođenja:

Adresa.....

Telefon..... e mail:

ZUBNE ISPUNE(PLOMBE)

Materijal:

Amalgam

Zlato

Plastika

Keramika

Ostalo

OD KADA IH IMATE I KOLIKO?

Materijal:

.....
.....
.....



IMATE LI IMPLANTATE?

DA

NE

Ako ih imate od kada?

Koji materijal:.....

Naziv materijala (ako je moguće):

Ako ste zamijenili punila, jeste li primijetili neke simptome na stomatološki tretman? DA NE

Ako jeste, koji su to simptomi i koliko dugo traju?

Zabilježite poboljšanje ili pogoršanje vaših simptoma koji mogu biti povezani s vašim zubnim ispunama?

.....
.....

Patite li od paradentoze

DA

NE

Ako da, od kada?

Imate li upaljene desni i / ili krvarenje

DA

NE

Ako da od kada?

Imate li ili ste ikada imali u ustima drugih metala kao titana, nehrđajućeg čelika ili keramičkih materijala?

DA

NE

Ako da, koji su to materijali?

Imate li ili ste ikada imali, proteze ili „mostove“

DA

NE

Ako da, koju vrstu i od kada



Imate li ili ste ugrađivali implantate u grudi koji sadrže silikon ili druge proizvode?

DA NE

Ako da, kakav je sustav i kada je zahvat obavljen?.....

Imate li tetovaže?

DA NE

Ako da, od kada ?

Jeste li izloženi lateksu ili nekim topljivim bojama

DA NE

Ako da, u kojim uvjetima?.....

Jeste li bili izloženi metalima kod kuće ili na radnom mjestu? DA NE

Ako da, u kojim okolnostima i kojim metalima?

Vaše zanimanje sadašnje i u prošlosti.....

Jeste li u svom kućanstvu izloženi nekim metalima?

DA NE

Ako da, kojim?.....

Puшите li ?

DA NE

Ako da, koliko?

Jeste li ikad pušili?

DA NE

Koliko cigareta?

Koliko dugo?



Jeste li izloženi duhanskom dimu kod kuće ili na radnom mjestu? DA NE

Jeste li ikada primili gama globulin DA NE

Ako ste žena, a imate 'Rh negativan faktor, jeste li primali anti-D globulin nakon poroda?

DA NE

Ako da, navedite datum liječenja i naziv proizvoda:

Za žene

Koristite li spiralu? DA NE

Jeste li ju koristili u prošlosti? DA NE

Ako da, jeste li imali nekih tegoba? DA NE

Koji su to bili simptomi?.....

Jeste li alergični na kozmetiku? DA NE

Ako da, na koji proizvod i marku proizvoda ?

Koristite li ili ste nekada koristili kapi za oči ? DA NE

Ako da, koju marku?

Koristite ili ste ikada koristili kontaktne leće ? DA NE

Jeste li koristili Myocrisin ® ? DA NE

Jeste li ikada imali nuspojave korištenjem lijekova ili proizvode za vrijeme menstruacije?

DA NE

Ako da koji su to proizvodi?



Nosite li naušnice? DA NE

Jeste li ih nosili u prošlost? DA NE

Ako da, jeste li imali neke alergijske reakcije DA NE

Imate li iritaciju kože zbog kontakta s dugmetom na trapericama, ručnim satom prstenjem, nakitom ili drugim materijalima?

DA NE

Jeste li nekada bili osjetljivi na pelud, ubod pčele, ose ili na grinje ili prašinu?

DA NE

Ako da, kada i koliko dugo?

Koristite li žvakaću gumu DA NE

Ako da, koje marke i koliko?.....

Jeste li ikada imali kožni test DA NE

Rezultat testa:

Jeste li primijetili bilo kakve promjene u vašem zdravlju nakon ovog testa?

DA NE

Ako da, koji su bili simptomi?

Jeste li alergični na penicilin ili druge lijekove? DA NE

Imate li kakve alergije na hranu? DA NE

Ako je odgovor da, na koju hranu.....

Koji su simptomi i kada ste to primijetili?



Imate li drugih alergija? DA NE

Živate li ili ste ikada živjeli u blizini tvornice, industrije, krematorija, autoceste ili zračnih luka

DA NE

Imate li dijagnosticirane kakve bolesti? DA NE

Ime i adresa Vašeg liječnika:

Postoje li bolesti u vašoj obitelji? DA NE

Tko ih u obitelji ima?.....

Koje su to bolesti?

Alergije:

Autoimune bolesti:

Kožne bolesti:

Bolesti srca / arterije:

Dijabetes:

Karcinomi/tumori:.....

Osjetljivost 'na struju':.....

Osjetljivost na kemijske supstance

Psihijatrijska bolest.....

Ostalo:

Sadašnji ili prošli medicinski tretmani? DA NE



Ako je moguće, navedite lijekove i razdoblje liječenja:.....

.....

Uzimate li redovito vitamine i / ili minerale? DA NE

Imate li nuspojave od lijekova, vitamina i minerala? DA NE

Ako ih imate opišite ih:

Dodatne informacije:.....

.....

HVALA NA SURADNJI

Vera Stejskal

Izvanredni profesor imunologije

Sveučilište u Stockholmu i

Charles University Prague Charles University Prague

vera@melisa.org