



TTL MELISA® PARA ALERGIA A METALES

Cuestionario previo al Test

El test MELISA* para las alergias de tipo IV a los metales, ha sido aplicado en pacientes que sufren desde Fatiga Crónica hasta Esclerosis Múltiple. La alergia puede ser de aparición moderada ó brusca y su curso puede ser crónico a agudo y manifestarse de muchas formas, que a veces no se relacionan con una alergia típica.

Este cuestionario permitirá realizar una orientación previa al test. Comprobando los signos clásicos de hipersensibilidad y midiendo su exposición a la totalidad de los metales. Esto debería proporcionar una indicación preliminar si usted padece una alergia de tipo IV a los metales.

El cuestionario nos da una idea de cuales son los metales a chequear con el test MELISA*, el cual emplea una muestra de sangre para indicar con toda precisión alergias a ciertos metales y medir su intensidad.

Por favor conteste el cuestionario con tantos detalles como sea posible. Si usted no conoce algunos datos, por favor dénos una estimación. Cuanto más precisa sea la información, más exacto será el diagnóstico que le proporcionaremos. Es en su propio beneficio contestar el cuestionario con la máxima sinceridad.

Todos los datos en él reflejados son de carácter confidencial y su protección está amparada por ley. Si usted necesita mas espacio para responder las preguntas, puede utilizar una hoja adicional, indicando claramente la pregunta a la que se refiere. Cuando se presentan varias alternativas de respuesta, marque la casilla de su elección con una X. Si usted tiene alguna duda o pregunta mientras rellena el cuestionario, contacte con nosotros través del teléfono/e-mail que aparece al final del documento.

DATOS PERSONALES

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ País: _____ Código _____

Teléfono: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Profesión actual: _____

Profesiones anteriores: _____

Ocupación _____

Enfermedad diagnosticada, si existe alguna: _____

1. HISTORIAL DENTAL

Las restauraciones dentales son la causa más común de sensibilización a los metales; dichas restauraciones pueden contener en su composición Mercurio, oro, etc. Por favor detalle con precisión y en casos de dudas puede contactar con su odontólogo y solicitarle la información requerida en cuanto a composición de las aleaciones metálicas de puentes fijos y removibles, coronas, pernos, obturaciones (empastes), ortodoncia.

1.1 EMPASTES ACTUALES

<i>Material dental</i>	<i>Año de su colocación</i>	<i>Número de empastes</i>
Amalgama	_____	_____
Oro	_____	_____
Titanio	_____	_____
Composites	_____	_____
Cerámica sobre metal	_____	_____
Corona de cobalto	_____	_____
Cerámica sin metal	_____	_____

1.2 ENDODONCIAS O TRATAMIENTOS DE CONDUCTO O DESVITALIZACIONES DENTARIAS (MATAR EL NERVIO)

<i>Material dental</i>	<i>Año de su colocación</i>	<i>Número de empastes</i>
Amalgama	_____	_____
Gutta-percha	_____	_____
Hidróxido de calcio	_____	_____
Otros: _____	_____	_____

1.3 Tiene usted implantes en su boca? SI __ NO __

<i>Material dental</i>	<i>Año de Instauración</i>
Branemark titanio con oro	_____

Branemark titanio sólo _____

Zirconio _____

Otros, especificar _____

1.4 Ha llevado usted alguna vez prótesis dentales u ortodoncia? SI __ NO __

En caso afirmativo, especificar _____

1.5 SUBSTITUCION DE EMPASTES

Sustituir empastes es un proceso complejo y hay el peligro que parte del metal que está siendo removido o puesto dentro del diente pueda ser liberado en boca. Esto puede ser el inicio de una sensibilización a los metales por ingesta masiva

a) Han sido reemplazados sus empastes? SI __ NO __

(Si su respuesta es “NO”, vaya directamente a la pregunta 1.11)

b) En caso afirmativo, por favor especificar e indicar el año del tratamiento

c) Ha finalizado el tratamiento ó está en proceso? FINALIZADO __ EN PROCESO __

Nombre y localidad del dentista (Si es conocido): _____

Podría describir brevemente como se realizo el cambio?

1.6 Que material escogió para el cambio?

Oro ____ Composite (plástico) ____
Cerámica (porcelana) ____ Metal- cerámico ____
Coronas de Titanio ____ Otro material (especificar) _____

1.7 Si usted está en un proceso de cambio de empastes, ó ha finalizado el tratamiento, siente algún síntoma que pueda hacerle pensar que pudiera estar relacionado con el tratamiento dental recibido?

SI ____ NO ____

En caso afirmativo, Cuales fueron esos síntomas y su duración?

1.8 Desde la sustitución de sus empastes, han mejorado esos síntomas ó han ido a peor?

Corto plazo: Mejorado__ Empeorado__ Ningún cambio real__
Largo plazo: Mejorado__ Empeorado__ Ningún cambio real__

1.9 Desde el arreglo dental , ha padecido sensaciones como quemazón, picazón ó irritación del tejido interno de su boca?

SI ____ NO ____

En caso afirmativo, cuando? _____

1.10 Desde el arreglo, ha observado usted algún otro nuevo síntoma que no había tenido antes como eczema, cansancio, etc.

SI ____ NO ____

En caso afirmativo, especificar _____

1.11 Le sangran sus encías cuando se cepilla sus dientes? SI ____ NO ____

En caso afirmativo, sangran cada vez? Cuanto sangran?

2. EXPOSICION A LOS METALES

Los avances científicos han introducido metales en un amplio campo de productos que hace un tiempo eran impensables, desde la pasta de dientes a los marcapasos. Esta sección trata de algunos de los sitios más comunes en los que se encuentran los metales.

2.1 Tiene o tuvo algún metal en su cuerpo (implantes, tornillos, marcapasos, alambres labiales por cirugía estética o correctiva)

Si es así especificar _____

2.2. Tiene usted algún tatuaje? SI ___ NO ___

En caso afirmativo, cuantos tiene y cuando se los hizo?

2.3 Ha estado usted expuesto a metales en su lugar de trabajo? SI ___ NO ___

La exposición a los metales en el puesto de trabajo e una causa común de hipersensibilidad. Por favor piense en ello. Puede considerar todo, desde el trabajo en la fábrica hasta el contacto regular con termómetros de mercurio.

Si así fue, cual fue su trabajo y a que metales estuvo expuesto?

2.4 Alguien de su familia ha estado expuesto ocasionalmente a una alta concentración de metales mientras realizaba su trabajo ? SI ___ NO ___

En caso afirmativo, especificar _____

2.5 tabaquismo

a) Fuma? SI ___ NO ___

Sí es así cuanto _____

Cuanto tiempo lleva fumando? _____

b) Ha fumado usted anteriormente? SI ___ NO ___

Cuanto solía fumar? _____

Durante cuanto tiempo fue usted un fumador? _____

c) Es usted un fumador pasivo en casa o en el trabajo? _____

2.6 VACUNACION

Varias vacunas contienen metales, ya sea como parte del conservante o como una traza de residuo del proceso de fabricación. Los fabricantes que utilizan Thimerosal, por ejemplo, argumentan que las cantidades de mercurio que emplean son tan pequeñas que no producen un efecto tóxico. Sin embargo si usted es hipersensible, la más pequeña cantidad de mercurio puede ocasionar desencadenar una reacción.

a) Le han inyectado alguna vez una vacuna de Gamma globulina? *(Esto es muy corriente antes de un viaje o como estimulador del sistema inmune)*

SI ___ NO ___ NO LO SE ___

b) Le han vacunado alguna vez de la gripe?
Si es así, que año? _____

SI ___ NO ___

Ha reaccionado mal alguna vez a las vacunas en el pasado?

En caso afirmativo, especificar _____

2.7 GOTAS NAALES / COLIRIOS

Muchas marcas de soluciones de lentes de contacto contienen Timersal, un conservante que incorpora mercurio.

a) Usa normalmente colirios o gotas nasales? SI ___ NO ___

b) Ha utilizado regularmente alguna vez colirios o gotas nasales? SI ___ NO ___

Por favor cite el nombre del producto si lo recuerda y durante cuanto tiempo lo utilizó.

Advirtió usted algunos efectos? SI ___ NO ___

En caso afirmativo, especificar _____

2.8 LENTES DE CONTACTO

Es otra fuente de Thimerosal.

a) Utiliza lentes de contacto blandas ? SI ___ NO ___

b) Ha utilizado alguna vez lentes de contacto blandas? SI ___ NO ___

Que solución de lavado-conservación lentes de contacto ha utilizado y durante cuanto tiempo?

Advirtió usted algunos efectos? SI__ NO__

En caso afirmativo, especificar _____

2.9 COSMETICOS

Muchas marcas de maquillaje contienen extractos de metal de varios tipos.

a) Utiliza cosméticos? SI__ NO__
Si es así, cuanto a menudo y que marcas?

b) Reacciona su piel mal a algún cosmético? SI__ NO__

Si es así a cuales de ellos presenta reacción *(Si es posible cite producto y marca)*

2.10 Ha sido usted tratado alguna vez con coloide de oro /argéntico (sustancia empleada para tratar artritis) SI__ NO__

Si es así, ha notado algún efecto contrario? SI__ NO__

En caso afirmativo, especificar _____

2.11

a) Lleva usted pendientes? SI__ NO__

b) Tiene usted en las orejas piercings SI__ NO__

c) Tiene piercings en otro lugar de su cuerpo. *Especificar* _____

d) Experimenta molestia con los pendientes o piercings? SI__ NO__

Si es así, que tipo de material le causa esa molestia (*Níquel, Oro, Plata, etc*)

2.12 Sufre usted irritación de piel cuando está en contacto con los botones de prendas tejadas, relojes de pulsera, anillos, joyería y otros materiales? SI__ NO __

2.13 a) Le han suministrado alguna vez alguna inyección para tratar una alergia?

Algunas personas son tratadas con una dosis de alergenos –polen, extracto de abeja, etc - para desarrollar su inmunidad a largo plazo. SI__ NO __

b) En caso afirmativo, especificar.

2.14 ARTICULOS DE USO DIARIO

Algunos productos como dulces y golosinas (Smarties, Skittles, etc) están envueltos en materiales con titanio para darles una protección crujiente. Muchos dentífricos incorporan lauril sulfato sódico (irritante de la piel) y dióxido de titanio a los cuales muchas personas son hipersensibles.

a) Mastica usted chicle. SI__ NO __

En caso afirmativo, que marca y cuanto a menudo masca chicle?

b) Que marca de dentífrico utiliza? _____

c) Usted come dulces crujientes o multicolores? SI__ NO __

En ese caso, que marcas? _____

2.15 PARCHE PARA DETERMINAR ALERGIA A METALES

Este es un cuestionario para chequear la alergia a los metales, pero como ello implica la aplicación de metales en la piel, puede causar efectos no deseados..

a) Le han practicado a usted alguna vez una prueba en piel (parche) para conocer su alergia a los metales? SI__ NO__

(Si, es “NO” vaya directamente a la pregunta 2.16)

En caso afirmativo, facilítenos todos los detalles posibles:

Nombre del médico: _____

Clínica / Centro Hospitalario: _____

Resultados de la prueba: _____

b) Ha experimentado usted algún cambio en su estado de salud después de realizar las pruebas en piel? SI__ NO__

Que síntomas, especificar _____

2.16 Vive o ha vivido cerca de vertidos que destilan vapores metálicos.

Ejemplos:

- Factorías Plantas industriales Autopistas, Autovías
- Aeropuertos Crematorios Consultorios de dentistas

En esos casos

Donde? _____ Cuando? _____

Donde? _____ Cuando? _____

Donde? _____ Cuando? _____

3. SECCION PARA MUJERES (HOMBRES DIRIGIRSE A LA SECCION IV)

3.1 Le han realizado alguna vez un implante mamario? SI__ NO__

En caso afirmativo, que tipo de implante y cuando le fue colocado?

3.2 Si usted ha dado luz

a) Pertenece al grupo sanguíneo RH negativo? SI__ NO__

b) Recibió globulina anti-RH después del parto? SI__ NO__

En ese caso, cuando? _____

Si usted sabe la fecha del tratamiento y nombre de la globulina anti-RH, indíquelo a continuación.

3.3 Dispositivo intrauterino (DIU)

Esto es un inserto metálico, a menudo hecho de materiales que pueden iniciar una reacción hipersensible.

Ha utilizado usted algún aparato IU? SI___ NO___

Si es así, ha experimentado molestias con ese dispositivo? SI___ NO___

Por favor especificar _____

4. ALERGIAS Y ENFERMEDADES

4.1 Es usted alérgico a algún antibiótico (penicilina, sulfamicina, etc) SI___ NO___

En caso afirmativo, cual? _____

4.2 Es usted alérgico a algún alimento? SI___ NO___

En caso afirmativo,

A que alimentos? _____

Cuando observó por primera vez esa alergia? _____

4.3 Tiene usted alguna otra alergia? SI___ NO___

En caso afirmativo especificar _____

4.4 Le han diagnosticado alguna enfermedad?

Nombre de la enfermedad: _____

Cuando le fue diagnosticada? _____

4.5 Tiene usted algunos otros síntomas que no le han sido diagnosticados?
Si es así, especificar cuales.

4.6 SALUD DE SU FAMILIA

Por favor, infórmenos si algún miembro de su familia sufre alguna de estas enfermedades (Si es necesario complete la información en un hoja aparte).

a) Alergias: _____

b) Enfermedades auto inmunes: _____

c) Enfermedades de piel: _____

d) Afecciones de corazón y arterias: _____

e) Diabetes: _____

f) Cáncer / Tumores: _____

g) Reacciones a campos electro-magnéticos (Tales como fotocopiadoras, hornos microondas, tubos fluorescentes en tiendas) _____

h) Sensibilidad a productos químicos: _____

i) Enfermedades psíquicas: _____

j) Otras enfermedades / afecciones: _____

4.7 Esta usted tomando actualmente alguna medicación?

*Algunos medicamentos pueden causar efectos contarios/secundarios los cuales deben diferenciarse de los signos propios de la alergia a los metales. También algunas formas de medicación pueden interferir con el test en sangre **Melisa**. Los pacientes no deberían tomar ningún medicamento inmuno depresivo como esteroides cuando deseen realizar el test en sangre **Melisa** ya que podría alterar el resultado.*

Si es así, especificar incluyendo periodo de tratamiento.

4.8 Toma usted vitaminas o suplementos minerales? En ese caso, especificar.

4.9 Ha notado efectos secundarios a partir de la toma de esos suplementos? Si es así especificar.

5. INFORMACION ADICIONAL

La compleja naturaleza de la alergia a los metales significa que ella puede manifestarse por si misma en formas no contempladas en las preguntas del presente cuestionario. Si usted padece otros síntomas sin explicación, cualquier información que considere relevante o cualquier sospecha personal de lo que pueda haber detrás de su enfermedad, por favor, detállelo tanto como pueda.
