

فرم ثبت اطلاعات در سیستم ثبت ارزیابی و مداخلات درمانی آلرژی غذایی در کودکان ایران

اطلاعات شخصی	
<p>13. گروه خونی:</p> <p><input type="radio"/> A+</p> <p><input type="radio"/> AB+</p> <p><input type="radio"/> A-</p> <p><input type="radio"/> AB-</p> <p><input type="radio"/> B+</p> <p><input type="radio"/> O+</p> <p><input type="radio"/> B-</p> <p><input type="radio"/> O-</p> <p>14. نوع ازدواج پدر و مادر:</p> <p><input type="radio"/> فامیلی درجه یک</p> <p><input type="radio"/> فامیلی درجه دو</p> <p><input type="radio"/> غیر فامیلی</p> <p>15. وضعیت نگهداری کودک:</p> <p><input type="radio"/> دو والدی</p>	<p>1. نام:</p> <input type="text"/>
	<p>2. نام خانوادگی:</p> <input type="text"/>
	<p>3. جنس:</p> <p><input type="radio"/> مونث</p> <p><input type="radio"/> مذکر</p>
	<p>4. کد ملی:</p> <input type="text"/>
	<p>5. تاریخ تولد:</p> <p>6. تاریخ تشخیص بیماری:</p>
	<p>7. ملیت:</p> <p><input type="radio"/> ایرانی</p> <p><input type="radio"/> عراقی</p> <p><input type="radio"/> افغانی</p> <p><input type="radio"/> سایر</p>
	<p>8. استان محل سکونت:</p> <p>انتخاب کنید... <input type="text"/></p>

<p><input type="radio"/> تک والدی مادر</p> <p><input type="radio"/> پدر بزرگ/مادر بزرگ</p> <p><input type="radio"/> تک والدی پدر</p> <p><input type="radio"/> مراقب پرستار</p> <p><input type="radio"/> هر قیّم قانونی دیگر</p>	<p>9. شهرستان محل سکونت :</p> <p>انتخاب کنید... <input type="text"/></p> <p>10. شماره تماس :</p> <p>11. آدرس :</p> <p><input type="text"/></p> <p>12. مصرف دخانیات والدین :</p> <p><input type="radio"/> بله</p> <p><input type="radio"/> خیر</p>
---	---

سابقه فردی و خانوادگی بیماری‌ها

1. سابقه بیماری زمینه‌ای در بیمار :

بلی

خیر

آلرژی غذایی

سللیاک

کبد چرب

بیماری ویلسون

سیروز

هاپیتیتروئیدی

بیماری کرون

هپاتیت اتوایمیون

ائوزینوفیلی گاستروانتروپاتی

مسمومیت با سرب

دیابت نوع 2

دیسلیپیدمی

سندرم ترنر

دیابت وابسته به انسولین

سندرم داون

چاقی

پرفشاری خون

کولیت اولسرو

دیگر (توضیح)

2. سابقه بیماری زمینه ای در پدر بیمار :

بلی

خیر

آلرژی غذایی

سلیاک

کبد چرب

بیماری ویلسون

سیروز

هاپتوتیرونیدی

بیماری کرون

هپاتیت اتوایمیون

ائوزینوفیلی گاستروانتروپاتی

مسمومیت با سرب

دیابت نوع 2

دیسلیبیدمی

سندرم ترنر

دیابت وابسته به انسولین

سندرم داون

چاقی

پرفشاری خون

کولیت اولسرو

دیگر (توضیح)

3. سابقه بیماری زمینه ای در مادر بیمار :

بلی

خیر

آلرژی غذایی

سلیاک

کبد چرب

بیماری ویلسون

سیروز

هاپتوتیرونیدی

بیماری کرون

هیپاتیت اتوایمیون

اتوزینوفیلی گاستروانتروپاتی

مسمومیت با سرب

دیابت نوع 2

دیسلیپیدمی

سندرم ترنر

دیابت وابسته به انسولین

سندرم داون

چاقی

پرفشاری خون

کولیت اولسرو

دیگر (توضیح)

4. سابقه بیماری زمینه ای در خواهر یا برادر بیمار :

بلی

خیر

آلرژی غذایی

سلپاک

کبد چرب

بیماری ویلسون

سیروز

هایپوتیروئیدی

بیماری کرون

هیپاتیت اتوایمیون

ائوزینوفیلی گاستروانتروپاتی

مسمومیت با سرب

دیابت نوع 2

دیسلیپیدمی

سندرم ترنر

دیابت وابسته به انسولین

سندرم داون

چاقی

پرفشاری خون

کولیت اولسرو

دیگر (توضیح)

5. سابقه بیماری زمینه ای در سایر افراد خانواده بیمار :

بلی

خیر

آلرژی غذایی

سلیاک

کبد چرب

بیماری ویلسون

سیروز

هاپیتیت ویروسی

بیماری کرون

هپاتیت اتوایمیون

ائوزینوفیلی گاستروانتروپاتی

مسمومیت با سرب

دیابت نوع 2

دیسلیپیدمی

سندرم ترنر

دیابت وابسته به انسولین
 سندرم داون
 چاقی
 پرفشاری خون
 کولیت اولسرو
 دیگر (توضیح)

ارزیابی اولیه:

• قد (سانتی متر): وزن (کیلوگرم) هنگام پذیرش: وزن (کیلوگرم) هنگام تولد:

Z score شاخص توده بدنی (بالای 5 سال)

زیر -3 -3 تا -2 -2 تا -1 -1 تا 0 0 تا +1 +1 تا +2 +2 تا +3 بالای +3

• Z score وزن برای قد (زیر 5 سال)

زیر -3 -3 تا -2 -2 تا -1 -1 تا 0 0 تا +1 +1 تا +2 +2 تا +3 بالای +3

Z score دور کمر (بالای 5 سال)

زیر -3 -3 تا -2 -2 تا -1 -1 تا 0 0 تا +1 +1 تا +2 +2 تا +3 بالای +3

• فشار خون:

کم ○ نرمال ○ بالا ○ پرفشاری خون درجه 1 ○ پرفشاری خون درجه 2 ○

• مدت زمان تغذیه با شیر مادر در دوران نوزادی:

عدم شیردهی مادر ○ زیر 6 ماه ○ 6 تا 12 ماه ○ 12 تا 18 ماه ○ 2 سال ○

• مدت زمان تغذیه انحصاری با شیر مادر در نوزادی: زیر 6 ماه ○ 6 تا 12 ماه ○

علائم بالینی: (یک یا چند گزینه می‌تواند موجود باشد)

علائم گوارشی

- اسهال مزمن ○ بی‌بیوست ○ بی‌اشتهایی ○ استفراغ‌های حاد، شدید و تکرار شونده ○ خون روشن در مدفوع ○
- دل درد ○ ریفلکس واضح یا علائم دال بر وجود ریفلکس مانند بی‌قراری شبانه، سیالوره، دندان قروچه، عدم وزن گیری، آفت دهان، امتناع از خوردن غذا، تنفر از غذا و... ○ راش دور مقعد ○ خوردن آب زیاد با غذا و یا استفاده از سس یا ماست برای نرم کردن غذا بصورت روتین ○ اشکال در بلع غذاهای جامد ○
- سن شروع علائم:

علائم پوستی

- خارش ○ کهیر و آنژیوادم حاد و تکرار شونده ○ کهیر و آنژیوادم مزمن ○ اگزمای آتوپیک ○ خارش چشم ○
- سن شروع علائم:

علائم تنفسی

- خس خس سینه ○ گرفتگی بینی ○ ویزینگ ○ سرماخوردگی مکرر که به سینه می‌ریزد ○ حملات مکرر آسم ○ خوابیدن با دهان باز ○ خروپف کردن ○
- سن شروع علائم:

علائم عصبی

- تشنجات مقاوم به درمان ○
- سن شروع ○

علائم آنافیلاکسی:

- شروع ناگهانی درگیری دو ارگان پوستی (بصورت کهیر، آنژیوادم، فلاشینگ خارش بدن) یا گوارشی (بصورت تهوع، استفراغ، اسهال) یا تنفسی (بصورت خس خس سینه، سیانوز، بی‌حالی، ویزینگ) و یا کاردیو واسکولر (بصورت افت فشار خون بی‌حالی، سنکوپ) بفاصله کوتاه (زیر دو ساعت) بعد از خوردن غذا

آیا علائم فوق به نظر والدین با خوردن غذای خاصی مرتبط است؟ بله خیر

- اگر بله کدامیک از غذاهای زیر
- لبنیات ○ تخم مرغ ○ گندم ○ سویا ○ ماهی و غذاهای دریایی ○ بادام زمینی ○ آجیل ○ مرغ ○ ادویه جات ○ مواد غذایی حاوی مواد نگهدارنده

پاتولوژی

- نتیجه ی پاتولوژی دستگاه گوارش دال بر وجود ائوزینوفیلیک گاسترو انتریاتیس (EGID)
- مثبت منفی مشکوک

- مکملهای غذایی مورد استفاده:

		دوز	مدت زمان مصرف	مکمل پروتئین
		دوز	مدت زمان مصرف	مکمل مولتی ویتامین-مینرال
		دوز	مدت زمان مصرف	مکمل B کمپلکس
تزریقی	زیرزبانی	دوز	مدت زمان مصرف	مکمل B12
		دوز	مدت زمان مصرف	مکمل کلسیم
		دوز	مدت زمان مصرف	مکمل ویتامین D
		دوز	مدت زمان مصرف	مکمل ویتامین C
		دوز	مدت زمان مصرف	مکمل آهن
		دوز	مدت زمان مصرف	مکمل روی
		دوز	مدت زمان مصرف	مکمل اسید های چرب امگا3

فاکتورهای آزمایشگاهی مورد ارزیابی در خون بیمار:

ائوزینوفیل خون محیطی	CBC
درصد	
تعداد	
	IgE تام سرم
	IGE اختصاصی
	تست پریک
	(۱) آنروآلرژن ها
	ماییت ها <input type="radio"/> کپک ها و قارچهای هوازاد <input type="radio"/>

	<p>پولن درختان ○ پولن چمن ها ○ پولن علف های هرز ○</p> <p>۲) آلرژن های غذایی</p> <p>لبنیات گاوی ○ تخم مرغ ○ گندم ○ سویا ○ ماهی و غذا های دریایی ○ بادام زمینی ○ آجیل ○ مرغ ○ ○ سایر ○</p>
--	--

روش درمان

الف. مشاوره اولیه در زمینه تغذیه صحیح و فعالیت بدنی مناسب

ب. تنظیم کالری دریافتی

ج. دارو درمانی: انتخاب دارو ها بر اساس لیست استاندارد