Pylový záznam

Jméno, příjmení: Datum narození:

Do kolonky „**Obtíže**“ vypište po týdnech intenzitu potíží od slabých +, přes středně silné ++, až po nejvíce vnímané potíže +++, a dále přiřaďte do jednotlivých týdnů čísla obtíží pod tabulkou

Do kolonky „**Léky**“ vypište po týdnech užívaná léčiva

Kolonku „**Místo pobytu**“ stačí vypsat, pokud změníte lokaci – např. moře, hory, tábor, venkov

Dodržujte režim pylového alergika, v případě dechových obtíží, dlouhodobějšího kašle nás kontaktujte

Měsíc	Obtíže	Léky	Místo pobytu
Únor			
Březen			
Duben			
Květen			
Červen			
Červenec			
Srpen			
Září			
Říjen			

1. slzení očí

2. překrvení, otoky spojivek

3. pálení, svědění víček, očí

4. otoky víček

5. salvy kýchání

6. vodnatý výtok z nosu

7. ucpaný nos

8. suchý kašel

9. ztížený hvízdavý dech

10. astmatický záchvat

11. bolest hlavy, únava

12. zvýšená teplota

13. ekzém, jiné kožní projevy

14. krvácení z nosu

Zhodnocení pylové sezony v r. …….. – stav zlepšen / stejný / zhoršen

Alergimo medical s.r.o. Vyškov