PAX
pet allergy xplorer

Remiss

Djur- och ägarinfo:

Ägarens namn: _____

Djurets namn: _____

Ras: _____

Kön: ____Hane ____Hona

Födelsedatum: _____ / _____ / _____

Ålder vid symtomdebut: _____

Provet taget: _____ / _____ / _____

Klinikinfo:

Veterinär: _____

Klinik: _____

Adress: _____

Postnummer och ort: _____

Telefon: _____

E-post: _____

Klinik/journal nr: _____

1. Val av djur:

- ◯ HUND
- ◯ KATT*
- ◯ HÄST

**Observera att PAX Katt för närvarande inte är tillgängligt. Ett ELISA-test (Next+) kommer att utföras när du skickar in detta formulär och ett prov från katt (minsta volym serum: 1,5 ml). Så snart det finns tillgängligt kommer PAX Katt att ersätta Next+ för katter.*

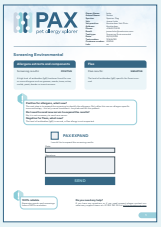
2. Val av test:

PAX SCREENING

- ◯ **Miljö + Foder***
- ◯ **Miljö**
- ◯ **Foder***

! SCREENING - om positiv - beställ PAX Expand som ger svar på varje enskild testad allergen

SCREENING exempel



PAX COMPLETE

- ◯ **Miljö + Foder***
- ◯ **Miljö**
- ◯ **Foder***

! COMPLETE - svar på varje enskild testad allergen

COMPLETE exempel

Minsta volym serum: 0,5 ml

*Prov för fodertest bör ej tas under eller direkt efter en eliminationsdiet

Anamnes:

Vilka symtom uppvisar patienten?

- ◯ Klåda
- ◯ Hudlesioner
- ◯ Otit
- ◯ Luftvägssymtom
- ◯ Symtom från ögonen
- ◯ Gastrointestinala symtom
- ◯ Anafylax
- ◯ Annat symtom: _____

nextmune

Anamnes:

När är symtomen mest uttalade?

- ◯ Vår
- ◯ Höst
- ◯ Året runt
- ◯ Sommar
- ◯ Vinter
- ◯ Vet inte

Har allergi mot något av följande diagnostiserats?

Foder: ◯ Ja ◯ Nej

Mot vad (om känt)? _____

Hur snart efter intag visar sig symtomen?

◯ < 3 tim ◯ 3-12 tim ◯ 12-24 tim ◯ 24-48 tim ◯ > 48 tim ◯ Vet inte

Insektsgift: ◯ Ja ◯ Nej ◯ Vet inte

Från vilken insekt (om känt)? _____

Annan allergi? ◯ Ja ◯ Nej

Mot vad? _____

Finns något/några av följande djur i patientens miljö?

- ◯ Katt
- ◯ Nötkreatur
- ◯ Kanin
- ◯ Hund
- ◯ Möss
- ◯ Vet inte
- ◯ Häst
- ◯ Marsvin

Har patienten återkommande Malasseziainfektioner?

- ◯ Otit med Malassezia
- ◯ Dermatit med Malassezia
- ◯ Vet inte

Har patienten stått eller står den på något av följande läkemedel (inkl behandlingssvar)?

◯ glukokortikoider: ◯ oralt ◯ topikalt ◯ injektion

◯ ingen effekt ◯ medelgod effekt ◯ god till utmärkt effekt

◯ ciklosporin

◯ ingen effekt ◯ medelgod effekt ◯ god till utmärkt effekt

◯ oclacitinib

◯ ingen effekt ◯ medelgod effekt ◯ god till utmärkt effekt

◯ lokivetmab

◯ ingen effekt ◯ medelgod effekt ◯ god till utmärkt effekt

◯ antibiotika

◯ ingen effekt ◯ medelgod effekt ◯ god till utmärkt effekt

◯ svampdödande

◯ ingen effekt ◯ medelgod effekt ◯ god till utmärkt effekt

Har patienten behandlats mot ektoparasiter?

◯ Ja; Med vilket preparat? _____

◯ Nej

Har en strikt eliminationsdiet genomförts?

◯ Ja; Med vilken/vilka diet/-er? _____

◯ Nej

När startade patientens senaste skov?

- ◯ För mindre än en vecka sedan
- ◯ För mer än en vecka sedan
- ◯ Vet inte

Andra relevanta uppgifter (t ex andra kända allergiutlösande faktorer)

RFPAXNO823SE3

Nextmune Scandinavia AB
Box 44
S- 673 21 Charlottenberg

Telefon: 0571-202 30
E-post: post.se@nextmune.com

nextmune.com