SYMPTOMTAGEBUCH & Ratgeber

FÜR ELTERN VON KINDERN MIT KUHMILCHALLERGIE

Zur Beobachtung und Dokumentation der Symptome

Nestlé HealthScience®

Liebe Eltern,

bei Ihrem Kind besteht der Verdacht auf eine Kuhmilchallergie oder eine andere Nahrungsmittelallergie.

Um diesem Verdacht nachzugehen, hat Ihnen Ihre Ärztin/Ihr Arzt eine sogenannte diagnostische Eliminationsdiät mit Althéra® oder Alfamino® empfohlen.

Dabei wird Kuhmilch (oder ein anderes „verdächtiges“, potentiell allergenes Nahrungsmittel) vollständig aus der Nahrung Ihres Kindes entfernt („eliminiert“) und durch die Spezialnahrung Althéra® oder Alfamino® ersetzt.

Während dieser Zeit beobachten Sie bitte engmaschig die Entwicklung der wichtigsten Beschwerden (Symptome) Ihres Kindes und notieren diese in den Tabellen der folgenden Seiten.

Notieren Sie bitte jeden Tag jegliche Veränderungen der Beschwerden mit folgenden Zeichen:

	Leicht	Mäßig	Stark
Verbesserung	+	++	+++
Verschlechterung	–	––	–––
Keine Veränderung	0		

Ratgeber – bitte Broschüre einfach wenden

Bei Magen-Darm-Beschwerden (z. B. Spucken, Blähungen, Durchfall oder Blut im Stuhl), Atemwegsproblemen oder Hautreaktionen können Sie auch die Anzahl des Auftretens dieser Symptome täglich eintragen. In Zeilen oder Spalten, die für Ihr Kind nicht zutreffen, tragen Sie bitte nichts ein.

Bringen Sie dieses Symptomtagebuch bitte zum nächsten Arztbesuch mit! Ihre Ärztin/Ihr Arzt kann anhand Ihrer Eintragungen abschätzen, ob bei Ihrem Kind tatsächlich eine Kuhmilchallergie (oder eine andere Nahrungsmittelallergie) vorliegt oder nicht.

Je sorgfältiger Ihre Eintragungen sind, umso genauer ist das Bild, das sich Ihre Ärztin/Ihr Arzt von Ihrem Kind bzw. seinen Beschwerden machen kann.

Bitte verändern Sie die von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt empfohlene Nahrung auf keinen Fall eigenständig; dies könnte das Befinden Ihres Kindes verschlechtern. Jegliche Änderung der Nahrung muss immer mit der Ärztin/dem Arzt abgesprochen werden.

Wir wünschen Ihrem Kind gute Besserung!

IHR NESTLÉ HEALTH SCIENCE TEAM

Von der Ärztin/Vom Arzt
AUSZUFÜLLEN

Name des Kindes:

_____

Geburtsdatum: ____ . ____ . _____

Bitte führen Sie die diagnostische Eliminationsdiät bei

Ihrem Kind über _____ Tage durch.

Zur Information:
Die Dauer der Eliminationsdiät richtet sich nach dem Beschwerdebild (klinische Symptomatik) Ihres Kindes:

- Drei bis fünf Tage bei Sofortreaktionen (innerhalb von zwei Stunden nach Aufnahme des Allergens)
- Ein bis zwei Wochen bei Spätreaktionen (z. B. Ekzemverschlechterung nach 24 Stunden)
- Bei Bedarf auch länger (bis zu vier Wochen) (z. B. bei gastrointestinalen Symptomen wie Durchfall, Erbrechen)

Beginn der Eliminationsdiät:

_____

Ende der Eliminationsdiät:

_____

Ärztin/Arzt

_____

Datum: ____ . ____ . _____

Praxisstempel

	Hautausschlag/Hautsymptome				Magen-Darm-Beschwerden							Atemwegs-probleme	Verhalten des Kindes		Besondere Ereignisse	Anmer-kungen
	Juckreiz am Tag	Juckreiz in der Nacht	Rötung	Aus-dehnung	Starkes Spucken/ Erbrechen	Blähungen	Stuhlkon-sistenz *Wässrig, weich, normal, hart*	Durchfall	Verstop-fung	Häufigkeit des Stuhlgangs	Blut im Stuhl	z.B. chronischer Husten, pfeifende Atmung, laufende Nase	Ruhig, gereizt, normal *Bitte Zu-treffendes eintragen*	Untröst-liches Schreien (ohne er-kennbaren Grund)	z.B. Erkrankungen, Fieber, Medikamente, Zahnen, Tierkontakt, andere Nahrungsmit-tel, Stresssituationen	
Tag 1 Datum																
Tag 2 Datum																
Tag 3 Datum																
Tag 4 Datum																
Tag 5 Datum																
Tag 6 Datum																
Tag 7 Datum																

	Leicht	Mäßig	Stark
Verbesserung	+	++	+++
Verschlechterung	–	– –	– – –
Keine Veränderung	0		

1. Woche

	Hautausschlag/Hautsymptome				Magen-Darm-Beschwerden							Atemwegs-probleme	Verhalten des Kindes		Besondere Ereignisse	Anmer-kungen
	Juckreiz am Tag	Juckreiz in der Nacht	Rötung	Aus-dehnung	Starkes Spucken/ Erbrechen	Blähungen	Stuhlkon-sistenz *Wässrig, weich, normal, hart*	Durchfall	Verstop-fung	Häufigkeit des Stuhlgangs	Blut im Stuhl	z.B. chronischer Husten, pfeifende Atmung, laufende Nase	Ruhig, gereizt, normal *Bitte Zu-treffendes eintragen*	Untröst-liches Schreien (ohne er-kennbaren Grund)	z.B. Erkrankungen, Fieber, Medikamente, Zahnen, Tierkontakt, andere Nahrungsmit-tel, Stresssituationen	
Tag 1 Datum																
Tag 2 Datum																
Tag 3 Datum																
Tag 4 Datum																
Tag 5 Datum																
Tag 6 Datum																
Tag 7 Datum																

	Leicht	Mäßig	Stark
Verbesserung	+	++	+++
Verschlechterung	–	– –	– – –
Keine Veränderung	0		

2. Woche

	Hautausschlag/Hautsymptome				Magen-Darm-Beschwerden							Atemwegs-probleme	Verhalten des Kindes		Besondere Ereignisse	Anmer-kungen
	Juckreiz am Tag	Juckreiz in der Nacht	Rötung	Aus-dehnung	Starkes Spucken/ Erbrechen	Blähungen	Stuhlkon-sistenz *Wässrig, weich, normal, hart*	Durchfall	Verstop-fung	Häufigkeit des Stuhlgangs	Blut im Stuhl	z.B. chronischer Husten, pfeifende Atmung, laufende Nase	Ruhig, gereizt, normal *Bitte Zu-treffendes eintragen*	Untröst-liches Schreien (ohne er-kennbaren Grund)	z.B. Erkrankungen, Fieber, Medikamente, Zahnen, Tierkontakt, andere Nahrungsmit-tel, Stresssituationen	
Tag 1 Datum																
Tag 2 Datum																
Tag 3 Datum																
Tag 4 Datum																
Tag 5 Datum																
Tag 6 Datum																
Tag 7 Datum																

	Leicht	Mäßig	Stark
Verbesserung	+	++	+++
Verschlechterung	–	– –	– – –
Keine Veränderung	0		

3. Woche

	Hautausschlag/Hautsymptome				Magen-Darm-Beschwerden							Atemwegs-probleme	Verhalten des Kindes		Besondere Ereignisse	Anmer-kungen
	Juckreiz am Tag	Juckreiz in der Nacht	Rötung	Aus-dehnung	Starkes Spucken/ Erbrechen	Blähungen	Stuhlkon-sistenz *Wässrig, weich, normal, hart*	Durchfall	Verstop-fung	Häufigkeit des Stuhlgangs	Blut im Stuhl	z.B. chronischer Husten, pfeifende Atmung, laufende Nase	Ruhig, gereizt, normal *Bitte Zu-treffendes eintragen*	Untröst-liches Schreien (ohne er-kennbaren Grund)	z.B. Erkrankungen, Fieber, Medikamente, Zahnen, Tierkontakt, andere Nahrungsmit-tel, Stresssituationen	
Tag 1 Datum																
Tag 2 Datum																
Tag 3 Datum																
Tag 4 Datum																
Tag 5 Datum																
Tag 6 Datum																
Tag 7 Datum																

	Leicht	Mäßig	Stark
Verbesserung	+	++	+++
Verschlechterung	–	– –	– – –
Keine Veränderung	0		

4. Woche