



MELISA tests for a Type IV allergy to metals, a condition which has been found present in patients suffering from various diseases such as chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, rheumatoid arthritis and other disease with unspecific symptoms of unknown origin.

Test MELISA jest testem wykonywanym w kierunku diagnozowania alergii IV typu na metale, która może się objawiać różnymi chorobami przewlekłymi takimi jak: syndrom przewlekłego zmęczenia, fibromyalgia, reumatoidalne zapalenie stawów, oraz innymi niecharakterystycznymi symptomami o nieokreślonym pochodzeniu.

This form will allow us to make pre-testing diagnosis, checking for the typical signs of hypersensitivity and approximating your current exposure to metals. This questionnaire, if complete properly, will supply us with a preliminary indication of whether you may suffer a Type IV metal allergy and can also establish which metals should be included in the testing panel.

Odpowiedzi na te pytania pozwolą nam na wstępne oszacowanie diagnozy, sprawdzenie typowych oznak nadwrażliwości i przybliżenie aktualnej ekspozycji na metale. Rzetelne wypełnienie formularza dostarczy nam wstępnych informacji, które mogłyby wskazywać na występowanie alergii IV typu na metale, jak również pomoże nam określić który panel metali powinniśmy uwzględnić.

Please fill in as many details as you can. If you don't know some of the dates, please give your estimate. The more accurate the data, the more accurate the evaluation will be. It is in your own interest to fill in the form as honestly as possible.

Proszę o podanie możliwie najwięcej informacji, jeżeli dokładne określenie daty nie jest możliwe, proszę o podanie daty zbliżonej. Im bardziej zbliżona data, tym dokładniejsza ocena będzie możliwa. W każdego interesie jest by wypełnić ten formularz zgodnie z prawdą.

If you need more space for the answers, please use extra sheets making clear which question you are responding to. Where there are alternatives to an answer, please put an X in the box of your choice. For more information about the MELISA® test and the connection between metals and disease, please visit www.melisa.org.

Jeżeli miejsce przeznaczone na odpowiedź jest niewystarczające, proszę o dołączenie dodatkowych kartek, w taki sposób, by nie było wątpliwości których pytań dotyczy. W miejscu gdzie są odpowiedzi alternatywne proszę o zaznaczenie X w miejscu właściwej odpowiedzi. Jeżeli chcielibyście Państwo uzyskać więcej informacji dotyczących testów MELISA i zależności między metalami i chorobą zapraszam na stronę www.melisa.org.

MELISA® pre-testing formularz

This is an automated version of the questionnaire we ask patients to fill in before they take the MELISA test to decide which metals to test for. Because this is a free service, the evaluation of the questionnaire is done automatically. This questionnaire has the purpose to find out sources of metal exposure and is not to be treated as dental or medical advice.

Ten formularz ma za zadanie pomóc nam określić w kierunku jakich metali powinien być przeprowadzony test. Kwestionariusz nie ma za zadanie wystawienia diagnozy lekarskiej i jako taki nie powinien być w tym celu stosowany.

Personal details

Name:	<input type="text"/>		
Date of birth:	<input type="text"/>		
Address:	<input type="text"/>		
Town:	<input type="text"/>		
Country:	<input type="text"/>	Post code:	<input type="text"/>
Telephone:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>		
Current profession:	<input type="text"/>		
Past profession(s):	<input type="text"/>		
Diagnosed disease if any:	<input type="text"/>		

Informacje Osobiste

Imię i nazwisko:	<input type="text"/>		
Data urodzenia:	<input type="text"/>		
Adres:	<input type="text"/>		
Miasto:	<input type="text"/>		
Kraj:	<input type="text"/>	Kod pocztowy:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>		
Obecnie wykonywany zawód:	<input type="text"/>		
Wcześniej wykonywany zawód:	<input type="text"/>		
Postawiona diagnoza jeżeli taka jest:	<input type="text"/>		

Dental restorations are the most common cause of metal exposure.

Uzupełnienia dentystryczne stanowią źródło najczęstszej ekspozycji na metale

1 Your dental record

Dental restorations are the most common cause of metal allergy.

1.1 Current Dental Fillings

Material	How many and year of placement
Amalgam ("Silver fillings")	
Gold crowns or bridges	
Metal-bound ceramics	
Titanium crowns or bridges	
Cobalt-Chrome-Nickel crowns or bridges	
Non-metallic ceramics	
Composites (other)	

1.2 Root fillings

Material	How many and year of placement
Amalgam ("Silver fillings")	
Gutta-percha	
Calcium hydroxide	
Other	

1.3 Do you have any dental implants in your mouth?

Yes No

Material	How many, year of placement, manufacturer, model and material composition (as available)
Titanium with gold	
Titanium only	
Zirconium	
Other (specify)	

1.4 a) Do you wear dentures or braces?

Yes No

1.4 b) Have you ever worn dentures or braces?

Yes No

If yes, please give details what material and for how long you have worn them.

Do/did you experience any side effects such as pain or swelling in the mouth, metallic taste, abnormal fatigue or other local or systemic symptoms after wearing these?

1 Your dental record

Dental restorations are the most common cause of metal allergy.

1.1 Obecne wypełnienia zębów

Materiał	Ile, rok założenia
Amalgamaty ("srebrne wypełnienia")	
Korony i mosty ze złota	
Uzupełnienia ceramiczne na metalu	
Tytanowe korony i mosty	
Korony i mosty ze stopu chromowo-niklowo-kobaltowego	
Ceramika bez metalu	
Wypełnienia kompozytowe (plomby)	

1.2 Wypełnienia kanałowe

Materiał	Ile, rok założenia
Amalgamat	
Gutta-percha	
Wodorotlenek wapnia	
Inne	

1.3 Czy posiada Pani/Pan jakiegokolwiek implanty w jamie ustnej?

Tak Nie

Material	Ile, jakiej firmy oraz rok implantacji
Tytanowe ze złotem	
Tylko tytanowe	
Cyrkonowe	
Inne (jakie?)	

1.4 a) Czy nosi Pani/Pan aparat ortodontyczny?

Tak Nie

1.4 b) Czy kiedykolwiek nosił/a Pani/ Pan protezy lub aparat ortodontyczny?

Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać szczegóły z jakiego materiału wykonane i jak długo były noszone?

Czy doświadczył/a Pani/Pan jakichkolwiek efektów ubocznych, takich jak ból, obrzęk w ustach, metaliczny smak, nietypowe zmęczenie lub inne miejscowe czy ogólne objawy, podczas ich noszenia?

1.5 Replacing dental fillings

Replacing fillings is a complex process, and there is a danger that some of the metal alloys removed or replaced in your oral cavity can be released into your body. This can initiate or worsen metal-induced inflammation.

a) Have you had your dental fillings replaced? (If "no", go straight to question 1.11)

Yes No

b) Please give details and year of treatment

c) Is the treatment complete or ongoing?

Complete **Ongoing**

Name and location of dentist (if known):

1.6 Which material did you change to?

Gold Cobalt-Chrome-Nickel crowns
Composites (plastic) Metal-bound ceramics
Ceramics (porcelain) Titanium crowns or bridges
Other material (specify):

1.7 If you are in the process of changing your fillings, or have completed the treatment, did you feel any local or general symptoms afterwards which you suspect may have been connected to the dental treatment?

Yes No

If so, when did the symptoms start and how long did they last? Please, describe the symptoms.

1.5 Wymiana wypełnień w zębach

Wymiana wypełnień dentystycznych jest procesem złożonym, powodującym ryzyko, że usuwanie stopów różnych metali, czy zakładanie nowych uzupełnień metalowych w jamie ustnej, może spowodować przedostanie się ich do organizmu. Taka sytuacja może zainicjować lub pogorszyć zapalenie wywołane metalem.

a) Czy miał/a Pani/Pan wymieniane wypełnienia w zębach?

Tak Nie

(Jeżeli nie, proszę przejść bezpośrednio do pytań 1.11)

b) Proszę podać więcej informacji i rok leczenia

c) Czy leczenie jest zakończone czy trwa nadal?

Kompletne Trwa

1.6 Jakim materiałem zostały zastąpione?

Złoto Tytanowe korony/mosty
Kompozyt(plastik) Korony na stopie chromowo
Porcelana - niklowo- kobaltowym
Porcelana na metalu Inne materiały (proszę uściślić)

1.7 Czy w trakcie wymiany wypełnień, lub gdy proces wymiany został zakończony, odczuwał/a Pani/ Pan jakiegokolwiek objawy ogólne, które nasuwały podejrzenie związku z leczeniem?

Tak Nie

Jeżeli tak, to kiedy objawy się rozpoczęły i jak długo trwały? Proszę opisać symptomy.

1.8 Since the replacement of your fillings, did your health change as compared to your health prior the replacement?

Short-term (2 days-1 month):

Improved **Worsened** **No real change**

Long term:

Improved **Worsened** **No real change**

so, when did the symptoms start and how long did they last?
Please, describe the symptoms.

1.8 Czy od momentu wymiany wypełnień Pani/Pana zdrowie uległo zmianie w porównaniu ze stanem zdrowia sprzed leczenia?

Na krótko (2 dni-1 miesiąca):

Polepszyło się pogorszyło się nie było zmiany

Długoterminowo:

Polepszyło się pogorszyło się nie było zmiany

Jeśli tak, kiedy się zaczęły i jak długo trwały objawy?

1.9 Since the replacement of your fillings, have you suffered from oral burning, itching or irritation of tissues in your mouth?

Yes No

If yes, when did this start and what were the symptoms?

1.9 Od czasu wymiany wypełnień cierpiał/a Pani /Pan na uczucie pieczenia, swędzenia czy jakiegokolwiek irytacji tkanek w jamie ustnej?

Tak Nie

Jeśli tak, jakie i gdzie były te objawy?

1.10 Since the replacement of your fillings, have you observed any new symptoms you did not have before, such as eczema, tiredness, etc?

Yes No

If yes, please specify:

1.10 Od czasu wymiany wypełnień czy zauważył/a Pani/ Pan jakiegokolwiek objawy, które nie występowały przed zabiegiem: zmęczenie, egzema itp.

Tak Nie

Jeśli tak, proszę objaśnić dokładniej.

1.11 Do your gums bleed when you brush your teeth?

Yes No

If so, do they bleed every time? How much do they bleed?

1.11 Czy Pani/Pana dziąsła krwawią podczas mycia zębów?

Tak Nie

Jeśli tak, czy krwawią za każdym razem przy myciu zębów

1.12 Do you suffer from gum inflammation and gum bleeding?

Yes No

If yes, since when?

1.12 Czy cierpi Pani/Pan z powodu stanów zapalnych i krwawienia dziąseł?

Tak Nie

Jeśli tak, kiedy?

1.13 Do you grind your teeth and wake up with headache in the morning?

Yes No

If yes, since when?

1.13 Czy zgrzyta Pani/Pan zębami i budzi się rano z bólem głowy?

Tak Nie

Jeśli tak, kiedy?

2 Metal exposure

Advances in science have introduced metals into a whole range of new products, from toothpastes and medicines to orthopedic implants and pacemakers in the body. This section describes some of the most frequent metal exposure, which you might or might not be aware of.

2.1 Do you have or have you ever had any metal implants in your body (implants, screws, pins, staples, pacemakers etc)?

Yes No

If yes, please give details:

2 Ekspozycja na metale

Postęp naukowy spowodował, iż metale zostały wprowadzone do wielu produktów, zaczynając od past do zębów i lekarstw do implantów ortopedycznych czy rozruszników serca. Tak sekcja opisuje najczęstszą ekspozycję na metale, z której możemy sobie nie zdawać sprawy.

2.1 Czy ma, lub miał/a Pani/Pan jakiegolwiek metale w organizmie (implanty, śruby, rozrusznik serca)?

Tak Nie

Jeśli tak proszę o więcej informacji.

2.2 Do you have any tattoos?

Yes No

If yes, how many do you have and when did you get them done?

2.2 Czy posiadasz tatuaż?

Tak Nie

Jeśli tak, to ile i jaki czas temu zrobione?

2.3 Have you been ever been exposed to metals in the work place?

Workplace exposure to metals is a common cause of metal hypersensitivity. Please give this question some thought. It can include everything from factory-work to being in regular contact with mercury-containing thermometers.

Yes No

What was your occupation, and, if possible, which metals were you exposed to?

2.3 Czy kiedykolwiek był/a Pani/Pan narażona na metale w miejscu pracy?

Ekspozycja na metale w pracy jest częstym źródłem nadwrażliwości. Proszę się zastanowić nad odpowiedzią na to pytanie. Źródłem ekspozycji może być wszystko od pracy w fabryce do bycia narażonym na kontakt z zawierającymi rtęć termometrami czy żarówkami.

Tak Nie

Jeśli tak, jaki był zawód przez Panią/Pana wykonywany i na jakie metale była ekspozycja?

2.4 Is anyone in your family exposed to unusually high amounts of metals through their occupation?

Yes No

If yes, please give details:

2.3 Czy ktoś z Pani/Pana rodziny jest narażony na nietypowo wysokie stężenie metali przez wykonywany zawód?

Tak Nie

Jeżeli tak, proszę o więcej informacji

2.5 Smoking

a) Do you smoke?

Yes No

If so how much?

How long have you been a smoker?

b) Have you smoked previously?

Yes No

How much did you use to smoke?

How long were you a smoker for?

c) Are you exposed to passive smoking at home or at work?

Yes No

2.6 Vaccines

Several vaccines contain metals, either as part of the preservative or as a residual trace from the production procedure. Manufacturers who use Thimerosal, for example, argue the mercury it contains is so small that it will not cause a toxic effect. If you are hypersensitive, however, the smallest amount of mercury can trigger a reaction.

a) Have you ever been given a Gamma globulin vaccine?

Yes No Unsure

b) Have you ever received a flu vaccine?

Yes No

c) Have you ever reacted badly to any vaccines in the past?

Yes No

If so, please give details:

2.5 Palenie

a) Czy Pani/Pan pali?

Tak Nie

jeśli tak, to ile?

Jak długo jest Pani/Pan palaczem?

b) Czy wcześniej Pani/Pan palił/a

Tak Nie

Ile papierosów Pani/Pan palili wcześniej?

Jak długo Pani/Pan był/a palaczem?

c) Czy jest Pani/Pan narażona na bierne palenie?

Tak Nie

2.6 Szczepienia

Niektóre szczepionki zawierają metale bądź jako składnik konserwujący, bądź jako ilości śladowe powstałe podczas produkcji. Producenci używający np. Thimerosal, spierają się, że ilość rtęci jaką zawiera jest tak mała, że nie może spowodować efektów ubocznych. Jeżeli występuje u Pani/Pana nadwrażliwość wtedy nawet mała dawka może wywołać reakcję.

a) Czy otrzymał/a Pani/Pan kiedykolwiek szczepionkę Gamma globulinową? Ten rodzaj szczepień stosowany jest przed podróżą, lub by wzmocnić układ odpornościowy.

Tak Nie Nie wiem

b) Czy kiedykolwiek zaszczepiona został/a Pani/Pan na grypę?

Tak Nie

c) Czy kiedykolwiek wystąpiła niepożądana reakcja poszczepienna?

Tak Nie

Jeśli tak proszę podać więcej informacji.

2.7 Eye drops / Nose drops

Many brands of eye drops / nose drops solutions contain Thimerosal, a preservative which contains mercury.

a) Do you currently use eye or nose drops?

Yes No

b) Have you ever regularly used eye or nose drops?

Yes No

If yes, please give the name of product, if you have it available, and how long you used it for.

c) Did you notice any side effects?

Yes No

If yes, please give details:

2.8 Cosmetics

Most brands of make-up contain metal extracts of various kinds

a) Do you use cosmetics?

Yes No

If yes, how often and which brands?

b) Does your skin react badly to any cosmetics?

Yes No

2.10 Have you ever been treated with colloidal gold (a substance used for treating arthritis)?

Yes No

2.7 Krople do oczu, Krople do nosa, Płyn do szkieł kontaktowych

Wiele firm produkujących krople do oczu, nosa czy płyny do szkieł kontaktowych używają zawierający rtęć Thimerosal jako konserwant.

a) Czy obecnie używa Pani/ Pan kropli do oczu czy nosa względnie płynu do szkieł kontaktowych?

Tak Nie

b) Czy kiedykolwiek w przeszłości używał/a Pani/Pan takich produktów?

Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać nazwę produktu oraz czas jak długo były używane.

c) Czy zauważył/a Pani/Pan jakies objawy uboczne?

Tak Nie

Jeśli tak proszę o dokładne ich podanie.

2.8 Kosmetyki

Większość produktów kosmetycznych zawiera ekstrakty różnego rodzaju metali jako pigmenty.

a) Czy używa Pani kosmetyków kolorowych?

Tak Nie

b) Czy skóra Pani/Pana reaguje źle na kosmetyki?

Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać możliwie jak najwięcej informacji na jakie kosmetyki występuje reakcja, jakiej firmy?

2.10 Czy kiedykolwiek był/a Pani/Pan leczony złotem koloidalnym? (służy do leczenia zapaleń stawów)

Tak Nie

Have you noticed any side effects?

Yes No

If yes, please give details:

Jeśli tak, czy były objawy niepożądane?

Tak Nie

Jeśli tak proszę podać więcej detali:

2.9 Earrings and piercings

a) Do you wear earrings?

Yes No

b) Did you use to wear earrings?

Yes No

c) Are you pierced in any other place?

Yes No

If so, please specify:

d) Do you experience discomfort with earrings or piercing?

Yes No

With which materials do you notice the discomfort?
(Nickel, gold, silver, etc)

2.9 Kolczyki

a) Czy nosi Pani/Pan kolczyki ?

Tak Nie

b) Czy Pani/Pana uszy są przekłute?

Tak Nie

c) Czy ma Pani/Pan inne przekłucia (język itd)?

Tak Nie

Jeśli tak, proszę o sprecyzowanie:

d) Czy odczuwa Pani/Pan dyskomfort związany z nośnieniem kolczyków?

Jeśli tak, jakie z poniższych metali dają niepożądane objawy: złoto, nikiel, srebro itd)

2.10 Do you suffer skin irritation when in contact with the likes of jeans buttons, wristwatches, rings, jewellery or other such items?

Yes No

If yes, please give details:

2.10 Czy odczuwa Pani/Pan irytację skóry w miejscu kontaktu metalu ze skórą w przypadku guzików w spodniach, zegarków, pierścionków, innej biżuterii?

Tak Nie

Jeśli tak proszę podać więcej informacji

2.11 Diet

Do you eat fish and seafood?

Yes No

What kind and how often?

2.11 Dieta

Czy jada Pani/Pan ryby i owoce morza?

Tak Nie

Jakie i jak często?

2.12 Everyday items

Several confectionaries (Smarties, Skittles etc) are coated with titanium dioxide to give them a crunchy coating. Many types of toothpaste also contain sodium lauryl sulphate (a skin irritant) and titanium dioxide, which some people are hypersensitive to.

a) Do you use chewing gum?

Yes No

If yes, what brand and how often do you use it?

b) What brand of toothpaste do you use?

2.12 Rzeczy codziennego użytku

Niektóre słodczyce (Smarties, Skittles) by zwiększyć ich kruchość, zawierają w polewie dwutlenek tytanu. Większość past do zębów zawiera irytujący skórę SLS oraz dwutlenek tytanu na które może występować reakcja alergiczna.

a) Czy żuje Pani Pan gumę do żucia?

Tak Nie

Jeśli tak to jakiej firmy i jak często?

b) Jaką pastę do zębów Pani/Pan używa?

c) Do you eat crunchy-coated or multi-colored confectionery?

Yes No

If yes, what brand and how often do you eat it?

c) Czy je Pani /Pan słodycze z chrupiącą wielokolorową polewą?

Tak Nie

Jeśli tak, jakiego rodzaju i jak często?

2.13 Patch test for metal allergy

This is a form of metal allergy testing, but as it involves placing metal salts against the skin, it can have side effects.

a) Have you ever done a skin test/patch test for metal allergy?

Yes No

If yes, please supply as many of the following details as you can:

Date of testing:

Clinic:

Test results:

b) Did you experience any changes in your health following skin testing?

Yes No

If so, which symptoms?

2.13 Plastrowy test w kierunku alergii na metale ciężkie.

To jest rodzaj testu alergicznego na metale, polegający na umieszczeniu soli metali na skórze. Może dawać efekty uboczne.

a) Czy kiedykolwiek wykonała Pani/Pan testy plastrowe na metale?

Tak Nie

Jeśli tak, jaki był wynik testu?

Data testu:

Wynik:

b) Czy doświadczył/a Pani/ Pan jakichkolwiek problemów zdrowotnych po wykonaniu testów plastrowych?

Tak Nie

Jeśli tak, jakie były objawy?

2.14 Do you live, or have you ever lived, close to anywhere likely to exude amounts of metal vapour? Typical examples include factories, industrial plants, freeways/motorways, airports, crematories and dental offices. If so, please give details:

Where:

Where:

Where:

Where:

Where:

Where:

Where:

2.14 Czy kiedykolwiek mieszkał/a lub mieszka Pani/Pan w sąsiedztwie zakładów produkcyjnych/fabryk, autostrady, lotniska, krematorium, klinik stomatologicznych?

Jeśli tak, proszę podać więcej detali

Gdzie:

Gdzie:

Gdzie:

Gdzie:

Gdzie:

Gdzie:

Gdzie:

4 Allergies and illnesses

4.1 Are you allergic to any antibiotics (penicillin, sulpha etc)?

Yes No

If yes, which one?

4.2 Do you have any food allergies?

Yes No

If yes, which foods?

What are the symptoms?

When did you first notice the allergy?

4.3 Do you have any other allergies?

Yes No

If yes, please specify:

4 Alergie i choroby

4.1 Czy jest Pani/Pan uczulony na antybiotyki (np. penicylina)?

Tak Nie

Jeśli tak, to na jakie?

4.2 Czy występują u Pani/Pana jakiegokolwiek alergie pokarmowe?

Jeśli tak to na jakie pokarmy?

Jakie są objawy alergii?

Kiedy wystąpiła pierwsza alergia?

4.3 Czy cierpi Pani/Pan na jakiegokolwiek inne alergie?

Tak Nie

Jeśli tak, to na jakie?

4.4 Do you have any diagnosed illness?

Name of illness:

When was it diagnosed?

If possible, please give the name and location of the diagnosing doctor.

Are there any special characteristics of your condition?

4.4 Czy zostały u Pani/Pana zdiagnozowane jakiegolwiek inne choroby?

Nazwa jednostki chorobowej:

Kiedy została zdiagnozowana?

Jaka jest charakterystyka tej choroby?

4.5 Do you have any other symptoms, which have not been clearly diagnosed? If so, please supply full details.

4.5 Czy ma Pani/Pan jakiegolwiek inne objawy, które nie były zdiagnozowane. Jeśli tak proszę dokładnie opisać.

4.6 Your family health

Please give details if any members of your family suffer from any of the following diseases. Please give full details on a separate page, if necessary.

a) Allergies:

4.6 Zdrowie rodziny

Proszę podać dokładne informacje, czy którykolwiek z członków rodziny cierpiał lub cierpi na wymienione kondycje zdrowotne. Można dołączyć dodatkową stronę jeśli jest taka potrzeba.

a) Alergie:

b) Autoimmune diseases:

b) Choroby autoimmunologiczne:

c) Skin diseases:

c) Choroby skóry:

d) Heart/artery diseases:

d) Choroby układu sercowo naczyniowego:

e) Diabetes:

e) Cukrzyca:

f) Cancer/tumors:

f) Rak, Guzy:

g) Reactions to electro-magnetic fields (such as photocopiers, microwave ovens, fluorescent tube lamps in shops):

g) Reakcje na pole elektromagnetyczne (fotokopiarki, kuchenki mikrofalowe, lampy fluorescencyjne w sklepach)?

h) Chemical sensitivity:

h) Nadwrażliwość na związki chemiczne:

i) Psychological illnesses:

j) Other:

i) Choroby psychiczne:

j) Inne:

4.7 Are you currently taking any medication?

Some medication may bring on their own set of side effects, which must be separated from signs of metal allergy. Also, some forms of medication may interfere with the MELISA[®] blood test. Patients should not be taking any immune suppressive drugs such as steroids when tested in MELISA[®] as this may affect the test results. Please always check with your doctor before stopping any medication.

Yes No

If yes, please give details, including period of treatment.

4.7 Czy obecnie przyjmuje Pani/Pan jakieś leki?

Część leków może mieć swoje własne efekty uboczne, stąd bardzo ważnym jest zróżnicowanie między alergią a efektem ubocznym powstałym na skutek przyjmowanych leków. Także część leków może mieć wpływ na wykonywany test MELISA, a co za tym idzie na rezultat testu.

Tak Nie

Jeśli tak proszę podać więcej informacji dotyczących okresu leczenia.

4.8 Do you take vitamin or mineral supplements?

Yes No

Please give details:

4.8 Czy przyjmuje Pani/Pan suplementy witamin czy minerałów?

Tak Nie

Jeśli tak proszę podać więcej informacji.

4.9 Do you notice any side effects from these supplements?

Yes No

If yes, please give details:

4.9 Czy zauważyła Pani/Pan efekty uboczne suplementacji?

Tak Nie

Jeśli tak proszę podać więcej informacji.

4.10 Do you recall being bitten by a tick in the last 5 years?

Yes No

a) If so, when?

b) Have you been tested for any infectious tick-borne diseases, such as Lyme/Borrelia?

Yes No

c) Which tests and what were the results?

4.10 Czy pamięta Pani/Pan ukąszenie przez kleszcza w ostatnich pięciu latach?

Tak Nie

Jeśli tak, kiedy?

b) Czy kiedykolwiek był/a Pani/Pan diagnozowana w kierunku Boreliozy?

Tak Nie

Jeśli tak, jaki był wynik badania?

5 Any additional information

The complex nature of metal allergies means it may manifest itself in ways not addressed by the above questions. If you have any unexplained symptoms, any other information you feel relevant or any personal suspicions on what may be behind your illness, please detail as much as you can below.

5 Inne informacje

Kompleksowa natura alergii na metale może się manifestować w sposób, który nie został tutaj wymieniony. Jeśli ma Pani/Pan jakieś niewytłumaczalne symptomy, czy jakiegokolwiek inne informacje, które mogłyby być powiązane z problemem zdrowotnym, proszę o opisanie ich poniżej.

For evaluation of your questionnaire please send it to:

Email: questionnaire@melisa.org (use submit button below)

MELISA Diagnostics Ltd
Phone: +44 (0)20 8133 5166
Fax: +44 (0)20 8711 5958