

CUESTIONARIO MELISA®



MELISA® Es un test para detectar alergia tipo IV frente a metales y otros antígenos, una condición que se ha encontrado presente en pacientes con diferentes enfermedades como síndrome de fatiga crónica, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, fibromialgia, etc. Una reacción a metales puede manifestarse de diferentes maneras.

Si completa este cuestionario adecuadamente, nos va a permitir chequear la presencia de los síntomas típicos de la hipersensibilidad y valorar una aproximación de su exposición habitual a metales. Esta información nos va a indicar de forma preliminar si usted puede estar padeciendo una alergia tipo IV frente a metales y puede también ayudarnos a establecer qué metales sería aconsejable incluir en el test.

Por favor, cumplimente este cuestionario tan detalladamente como pueda. Si no conoce algunos datos, haga una estimación. Cumplimentar el cuestionario de la forma más honesta posible va en su propio interés.

Para más información sobre el test MELISA® o la conexión entre metales y enfermedad puede consultar en www.laboratoriocalderon.com y en www.melisa.org

Datos Personales

Apellidos y nombre:
Fecha de nacimiento:
Dirección:
Teléfono:
Fax:
Correo-e:
Profesión habitual:
Profesión pasada:
Enfermedades diagnosticadas:

Motivo/s por el/los cual/es piensa que puede serle útil la realización del test MELISA:

1. Su historial dental

Las restauraciones dentales son la causa más común de sensibilización a los metales; estas pueden contener en su composición Mercurio, oro, etc. Por favor detalle con precisión y, si es necesario en casos de dudas, contacte con su odontólogo y solicítele la información requerida en cuanto a composición de las aleaciones metálicas de puentes fijos y removibles, coronas, pernos, obturaciones (empastes), ortodoncia.

1.1 EMPASTES ACTUALES

Indique la composición entre Amalgamas, oro, Titanio, Composites, Cerámica sobre metal, corona de cobalto, Cerámica sin metal, Otros (Especificando)

Material	Año de su colocación	Nº de empastes

1.2 ENDODONCIAS O TRATAMIENTOS DE CONDUCTO O DESVITALIZACIONES DENTARIAS (MATAR EL NERVIO)

Indique la composición entre Amalgamas, Gutta-percha, Hidróxido de calcio, Otros (Indicando su composición)

Material	Año de su colocación	Nº de empastes

1.3. ¿TIENE USTED IMPLANTES EN SU BOCA?

SI NO

En caso afirmativo indique la composición entre Titanio con oro, Titanio solo, Zirconio, Otros (Indicando su composición)

Material	Año de su colocación	Nº de empastes

1.4 PRÓTESIS DENTALES U ORTODONCIAS

1.4.1. ¿Lleva usted alguna prótesis dental u ortodoncia?

SI NO

1.4.2. Ha llevado usted alguna vez prótesis dentales u ortodoncia?

SI NO

En caso afirmativo a cualquiera de las dos preguntas anteriores, por favor, proporcione detalles sobre su composición, y periodo de uso.

1.4.3. ¿Percibe o ha percibido algún efecto secundario como dolor, hinchazón en la boca, sabor metálico, fatiga anormal u otro síntoma local o sistémico que pueda estar relacionado con el uso de estas prótesis?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, proporcione detalles.

1.5 SUBSTITUCION DE EMPASTES

Sustituir empastes es un proceso complejo y hay el peligro que parte del metal que está siendo removido o puesto dentro del diente pueda ser liberado en boca. Esto puede ser el inicio de una sensibilización a los metales por ingesta masiva.

1.5.1. ¿Han sido reemplazados sus empastes?

SI NO

(Si su respuesta es "NO", vaya directamente a la pregunta 1.6)

En caso afirmativo, por favor especifique e indique el año del tratamiento:

1.5.2 ¿Ha finalizado el tratamiento ó está en proceso?

En proceso Finalizado

Por favor, indique el nombre y localidad del dentista:

¿Podría describir brevemente como se realizó el cambio?

1.5.3. ¿Que material escogió para el cambio?

Oro Composite (plástico)
Cerámica Metal- cerámico
Coronas de Titanio Otro material (especificar) _____

1.5.4. Si usted está en un proceso de cambio de empastes ó ha finalizado el tratamiento. Por favor, indique si siente o ha sentido algún síntoma que pueda hacerle pensar que pudiera estar relacionado con el tratamiento dental recibido

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, indique cuales fueron esos síntomas y su duración?

1.5.5. ¿Desde la sustitución de sus empastes, han mejorado esos síntomas ó han ido a peor?

Corto plazo: Mejorado Empeorado Ningún cambio real

Largo plazo: Mejorado Empeorado Ningún cambio real

1.5.6. ¿Desde el arreglo dental, ha padecido sensaciones como quemazón, picazón ó irritación del tejido interno de su boca?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, indique frecuencia e intensidad?

1.5.7. Desde el arreglo, ha observado usted algún otro nuevo síntoma que no había tenido antes como eccema, cansancio, etc.

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique

1.6. ENCÍAS

1.6.1. ¿Le sangran sus encías cuando se cepilla sus dientes?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, indique frecuencia e intensidad?

1.6.2. Sufre usted de inflamación o sangrado en las encías?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, indique frecuencia e intensidad?

1.7 OTROS

1.7.1. ¿Rechina usted los dientes (Bruxismo) por la noche y padece de dolor de cabeza por la mañana?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, indique frecuencia e intensidad?

2. Exposición a los metales

Los avances científicos han introducido metales en un amplio campo de productos que hace un tiempo eran impensables, desde la pasta de dientes a los marcapasos. Esta sección trata de algunos de los sitios más comunes en los que se encuentran los metales.

2.1. ¿Tiene o tuvo algún metal en su cuerpo (implantes, tornillos, marcapasos, alambres labiales por cirugía estética o correctiva)?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique

2.2. ¿Tiene usted algún tatuaje?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique cuantos tiene, los colores de los que están hechos y cuando se los hicieron

2.3. ¿Ha estado usted expuesto a metales en su lugar de trabajo?

La exposición a los metales en el puesto de trabajo es una causa común de hipersensibilidad. Por favor piense en ello. Puede considerar todo, desde el trabajo en la fábrica hasta el contacto regular con termómetros de mercurio.

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique cual es o ha sido su trabajo y a que metales está o ha estado expuesto

2.4. ¿Alguien de su familia ha estado expuesto ocasionalmente a una alta concentración de metales mientras realizaba su trabajo?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique

2.5 TABAQUISMO

2.5.1. ¿Fuma?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique cuanto y cuanto tiempo lleva fumando:

2.5.2. ¿Ha fumado usted anteriormente?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique cuanto solía fumar, durante cuanto tiempo estuvo fumando y desde cuando no fuma

2.5.3. ¿Es usted fumador pasivo en casa o en el trabajo?

SI NO

2.6. VACUNACION

Varias vacunas contienen metales, ya sea como parte del conservante o como una traza de residuo del proceso de fabricación. Los fabricantes que utilizan Timerosal, por ejemplo, argumentan que las cantidades de mercurio que emplean son tan pequeñas que no producen un efecto tóxico. Sin embargo si usted es hipersensible, la más pequeña cantidad de mercurio puede ocasionar desencadenar una reacción.

2.6.1. ¿Le han inyectado alguna vez una vacuna de Gamma globulina?

(Esto es muy corriente antes de un viaje o como estimulador del sistema inmune)

SI NO NO LO SÉ

2.6.2. ¿Le han vacunado alguna vez de la gripe?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique el año

2.6.3. ¿Ha reaccionado mal alguna vez a las vacunas en el pasado?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, detalle síntomas, vacuna y marca

2.7 GOTAS NASALES / COLIRIOS

Muchas marcas de soluciones de gotas nasales o colirios contienen Timerosal, un conservante que incorpora mercurio.

2.7.1. ¿Usa normalmente colirios o gotas nasales?

SI NO

2.7.2. ¿Ha utilizado regularmente alguna vez colirios o gotas nasales?

SI NO

En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas anteriores. Por favor, especifique el nombre del producto si lo recuerda, durante cuanto tiempo lo utilizó y si advirtió usted algunos efectos secundarios.

2.8. LENTES DE CONTACTO

Es otra fuente de Thimerosal.

2.8.1. ¿Utiliza lentes de contacto blandas?

SI NO

2.8.2. ¿Ha utilizado alguna vez lentes de contacto blandas?

SI NO

En caso afirmativo a cualquiera de las dos preguntas anteriores. Por favor, especifique que solución de lavado-conservación lentes de contacto ha utilizado, durante cuanto tiempo y advirtió usted algunos efectos secundarios

2.9 COSMETICOS

Muchas marcas de maquillaje contienen extractos de metal de varios tipos.

2.9.1. ¿Utiliza cosméticos?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique la frecuencia de uso y que marcas

2.9.2. ¿Reacciona su piel mal a algún cosmético?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique síntomas y, si lo recuerda, cite producto y marca

2.10. Ha sido usted tratado alguna vez con coloide de oro /argéntico (sustancia empleada para tratar artritis)

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique si ha notado algún efecto contrario. En caso afirmativo, especificar

2.11. PENDIENTES Y PIERCINGS

2.11.1. ¿Lleva usted pendientes?

SI NO

2.11.2. ¿Tiene usted piercings en las orejas?

SI NO

c) ¿Tiene piercings en otro lugar de su cuerpo?

SI NO

En caso afirmativo a cualquiera de las 3 preguntas anteriores. Por favor, indique si experimenta alguna molestia y, de ser así, especifique el material (Níquel, Oro, Plata, etc.)

2.12. ¿Sufre usted irritación de piel cuando está en contacto con los botones de prendas tejadas, relojes de pulsera, anillos, joyería y otros materiales?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, detalle

2.13. ¿Le han suministrado alguna vez alguna inyección para tratar una alergia?

Algunas personas son tratadas con una dosis de alérgenos (polen, extracto de abeja, etc.) para

desarrollar su inmunidad a largo plazo.

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, detalle.

2.14. ¿Consume pescado o marisco?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique que tipo de producto y con que frecuencia

2.15. ARTICULOS DE USO DIARIO

Algunos productos como dulces y golosinas están envueltos en materiales con titanio para darles una protección crujiente. Muchos dentífricos incorporan lauril sulfato sódico (irritante de la piel) y dióxido de titanio a los cuales muchas personas son hipersensibles.

2.15.1. ¿Mastica usted chicle?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique que marca y frecuencia de consumo

2.15.2 ¿Qué marca de dentífrico utiliza?

2.15.3. ¿Usted come dulces crujientes o multicolores?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique marcas

2.16. PARCHES PARA DETERMINAR ALERGIA A METALES

Este es un cuestionario para chequear la alergia a los metales, pero el método de los parches cutáneos implica la aplicación de metales en la piel, puede causar efectos no deseados.

2.16.1. ¿Le han practicado a usted alguna vez una prueba en piel (parche) para conocer su alergia a los metales?

SI NO

(Si, es "NO" vaya directamente a la pregunta 2.17)

En caso afirmativo, por favor, facilítenos todos los detalles posibles:

Nombre del médico

Clínica / Centro Hospitalario:

Resultados de la prueba

¿Ha experimentado usted algún cambio en su estado de salud después de realizar las pruebas en piel?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique que síntomas

2.17. Vive o ha vivido cerca de vertidos que destilan vapores metálicos.

Ejemplos:

- Factorías Plantas industriales Autopistas, Autovías
 Aeropuertos Crematorios Consultorios de dentistas
 Otros

En caso afirmativo, por favor detalle periodo de tiempo, posibles síntomas relacionados, etc.

2. Exposi

3. Sección para mujeres (Hombres, dirigirse a sección 4.)

3.1. Le han realizado alguna vez un implante mamario?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique que tipo de implante y cuando le fue colocado

3.2. SI USTED HA DADO A LUZ

3.2.1. ¿Pertenece al grupo sanguíneo RH negativo?

SI NO

3.2.2. ¿Recibió globulina anti-RH después del parto?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique cuando y, si lo conoce, el nombre de la globulina anti RH

3.3. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Esto es un inserto metálico, a menudo hecho de materiales que pueden iniciar una reacción hipersensible.

3.3.1. ¿Ha utilizado usted algún DIU?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, detalle si ha experimentado molestias con ese dispositivo. En caso afirmativo especificar

4. Alergias y enfermedades

4.1. ¿Es usted alérgico a algún antibiótico (penicilina, sulfamicina, etc.)?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique

4.2. ¿Es usted alérgico a algún alimento?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique a que alimentos y cuando observó por primera vez esa alergia.

4.3. Tiene usted alguna otra alergia?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique

4.4 ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique nombre de la enfermedad y cuando le fue diagnosticada

4.5. Tiene usted algunos otros síntomas que no le han sido diagnosticados?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique cuales

4.6. SALUD DE SU FAMILIA

Por favor, infórmenos si algún miembro de su familia sufre alguna de estas enfermedades (Si es necesario complete la información en un hoja aparte).

a) Alergias

b) Enfermedades auto inmunes:

c) Enfermedades de piel

d) Afecciones de corazón y arterias

e) Diabetes:

f) Cáncer / Tumores:

g) Reacciones a campos electro-magnéticos (Tales como fotocopiadoras, hornos microondas, tubos fluorescentes en tiendas)

h) Sensibilidad a productos químicos:

i) Enfermedades psíquicas:

j) Otras enfermedades / afecciones:

4.7. ¿Está usted tomando actualmente alguna medicación?

Algunos medicamentos pueden causar efectos contarios/secundarios los cuales deben diferenciarse de los signos propios de la alergia a los metales. También **algunas formas de medicación pueden interferir**

con el test en sangre MELISA. Los pacientes no deberían tomar ningún medicamento inmunodepresivo como esteroides cuando deseen realizar el test en sangre MELISA ya que podría alterar el resultado.

Antes de suprimir ningún tratamiento debe consultarle a su médico.

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique el tratamiento y el periodo de tratamiento

4.8 ¿Está usted tomando vitaminas o suplementos minerales?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, detalle que producto está consumiendo y desde que lo consume ha experimentado algún tipo de efecto secundario. En caso afirmativo especifique.

4.9. BORRELIOSIS

4.9.1. ¿Recuerda haber sido picado por una garrapata en los últimos 5 años?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique cuando

4.9.2. Se le ha realizado en alguna ocasión un test para el diagnóstico de alguna enfermedad transmitida por garrapatas, como la enfermedad de Lyme o Borreliosis?

SI NO

En caso afirmativo. Por favor, especifique cuales fueron los resultados

La compleja naturaleza de las alergias frente a metales significa que puede manifestarse en formas no contempladas en las preguntas anteriores. Si usted tiene cualquier síntoma inexplicable, cualquier otra información que considere pertinente o cualquier sospecha personal sobre lo que puede estar provocando su enfermedad. Por favor detalle tanto como sea posible a continuación.

Para que podamos evaluar su cuestionario y le indiquemos si es aconsejable realizar un test MELISA y frente a que alérgenos está más indicado realizar el test, nos lo puede enviar a:

j.calderon@laboratoriocalderon.com

Fax: 964231497

Centro Diagnóstico Calderón SLP. C/Colón nº37. 12001 Castellón

Le contestaremos que lo haga lo antes posible

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos que la información que ha facilitado pasará a formar parte de un fichero automatizado, cuyo titular es el Centro Diagnóstico Calderón SLP con la finalidad de llevar a cabo la gestión de análisis clínicos. Tiene derecho a acceder a esta información y cancelarla o rectificarla dirigiéndose al domicilio de la entidad en C/Colón nº 37 de Castellón.

Los datos recogidos han sido facilitados por el propio interesado, dando su consentimiento para el tratamiento de los mismos en el sistema de información del Centro. Esta entidad le garantiza la adopción de las medidas oportunas para asegurar el tratamiento y confidencialidad de dichos datos.

Mediante la presente, se autoriza que los datos personales de carácter médico recabados, puedan ser transferidos o cedidos por el responsable del tratamiento a terceros que actúan como colaboradores, por razón de su especialidad sanitaria, para dar cumplimiento al servicio profesional requerido.

Fecha y Firma: ____/____/_____