

Wypełnia pacjent

Proszę zaznaczyć odpowiednią kratkę

Kobieta Mężczyzna

Proszę wpisać wiek w latach

Mam lat

Czy miał/a Pan/i kiedykolwiek wykonywaną spirometrię?

Tak Nie **1. Informacje o miejscu zamieszkania:**

- a. Miastoulica
- b. Okres zamieszkiwania we wskazanym miejsculat
- c. Przeważające położenie okien lokalu mieszkalnego w stosunku do ulicy
okna głównie od ulicy okna głównie od podwórka
- d. Kondygnacja, na której zamieszkuje badana osoba
- e. Szacunkowa odległość miejsca zamieszkania od najbliższej ruchliwej ulicymetrów
- f. Nr telefonu, (jeśli badany wyraża zgodę):adrese-mail

2. Warunki mieszkaniowe, w tym:

- a. Sposób ogrzewania budynku

Miejska sieć ciepłownicza	<input type="checkbox"/>	Piec gazowy	<input type="checkbox"/>	Piec/kocioł węglowy	<input type="checkbox"/>
Piec na drewno/kominek	<input type="checkbox"/>	Kocioł olejowy	<input type="checkbox"/>	Inny	<input type="checkbox"/>

- b. Czy używana jest kuchenka gazowa? Tak Nie
- c. Bliskość źródeł zanieczyszczeń powietrza (do 500 m od miejsca zamieszkania)

Elektrownia/ciepłownia	<input type="checkbox"/>	Zakład przemysłowy	<input type="checkbox"/>	Ruchliwa ulica	<input type="checkbox"/>
Spalanie w domowych piecach/kotłach	<input type="checkbox"/>	Kopalnia	<input type="checkbox"/>	Inne	<input type="checkbox"/>

3. Miejsce pracy / nauki:**4. Warunki i charakter pracy / nauki, w tym:**

- a. Dzienny czas przebywania poza budynkami na terenach nasilonego ruchu drogowegogodz.
- b. Narażenie na szkodliwe czynniki wziewne w miejscu pracy (poza zanieczyszczeniem powietrza). Jakież?

5. Palenie tytoniu:lat,papierosów dziennie, **nie pali**ile lat..... ?**6. Biernie palenie tytoniu:** Praca Dom **7. Długotrwałe (> 12 tygodni) występowanie objawów ze strony układu oddechowego:**

Duszność	<input type="checkbox"/>	Kaszel suchy	<input type="checkbox"/>
Kaszel z odkrztuszaniem	<input type="checkbox"/>	Świszczący oddech	<input type="checkbox"/>

8. Rozpoznane choroby, a zwłaszcza:

Astma	<input type="checkbox"/>	POCHP	<input type="checkbox"/>
Przewlekłe zapalenie oskrzeli	<input type="checkbox"/>	Częste infekcje układu oddechowego	<input type="checkbox"/>

9. Alergie:

Wziewna	<input type="checkbox"/>	Pokarmowa	<input type="checkbox"/>	Skórna	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------	--------------------------

10. Uprawiane sporty na otwartym terenie takie jak: jazda na rowerze, jogging, itp.:

- a. W miesiącach w roku: od do
- b. Częstotliwość:

5-7 razy w tygodniu	<input type="checkbox"/>	3-4 razy w tygodniu	<input type="checkbox"/>	1-2 razy w tygodniu	<input type="checkbox"/>
Kilka razy w miesiącu	<input type="checkbox"/>	Rzadziej	<input type="checkbox"/>	Nigdy	<input type="checkbox"/>

- c. Intensywność:

Wyczynowo	<input type="checkbox"/>	Intensywnie	<input type="checkbox"/>	Rekreacyjnie	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------------	--------------------------	--------------	--------------------------

Wypełnia personel medyczny wykonujący badanie

Kolejny numer badania	Miejsce badania
Godzina badania (hh:mm) :	

WYNIK BADANIA SPIROMETRYCZNEGO (wypełnia lekarz/pielęgniarka)

	Wartość bezwzględna	Procent normy	Płeć			
FEV₁	[dm ³ /s]	[%]	K		M	
FVC	[dm ³ /s]	[%]	Wzrost [cm]			
FET	[s]		Wiek [lata]			
			Masa ciała [kg]			

Dodatkowe pytanie dla osób z dusznością i zmianami w spirometrii

Stopień duszności	Objawy
0	Duszność występująca przy dużych wysiłkach.
1	Duszność występuje przy wchodzeniu na niewielkie wzniesienie lub przy szybkim marszu.
2	Pacjent musi się zatrzymać do nabrania tchu, z powodu duszności chodzi wyraźnie wolniej od rówieśników.
3	Chory nie może przejść 100 m po płaskim terenie bez zatrzymania się celem nabrania oddechu.
4	Duszność spoczynkowa, uniemożliwiająca choremu opuszczenie domu lub samodzielne ubranie się.

Podpis

.....