

## Ankieta do badania spirometrycznego

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

**Czy miał/a Pan/i kiedykolwiek wykonywaną spirometrię?**

Tak       Nie

**1. Długotrwałe (>12 tygodni) występowanie objawów zaburzeń układu oddechowego, a zwłaszcza:**

Duszność/zadyszka podczas chodzenia	<input type="checkbox"/>	Kaszel suchy	<input type="checkbox"/>
Kaszel z odkrztuszaniem płwociny	<input type="checkbox"/>	Świszczący oddech	<input type="checkbox"/>

**2. Rozpoznane choroby, a zwłaszcza:**

Astma	<input type="checkbox"/>	Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc	<input type="checkbox"/>
Przewlekłe zapalenie oskrzeli	<input type="checkbox"/>	Częste infekcje układu oddechowego	<input type="checkbox"/>

**3. Alergia**

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

**4. Palenie tytoniu:**

Ilość lat ..... , Ilość papierosów dziennie .....

Tak       Nie

**5. Bierne palenie tytoniu:**

Praca       Dom

Tak       Nie

**6. Informacje o miejscu zamieszkania:**

- a. Miejscowość ..... ulica ..... numer domu .....
- b. Okres zamieszkiwania we wskazanym miejscu ..... (w latach)
- 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 ulicy ..... (ilość metrów)

**7. 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. Obecność 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"/>

**8. Miejsce pracy**

Pomieszczenia zamknięte       Otwarty teren

**9. Warunki i charakter pracy/nauki, w tym:**

Dzienny czas przebywania poza budynkami na terenach nasilonego ruchu drogowego ..... (w godzinach)

Narażenie na szkodliwe czynniki wziewne w miejscu pracy (poza zanieczyszczeniem powietrza)

Tak       Nie

Jakie? .....

**10. Nr telefonu (jeśli wyraża Pan/Pani zgodę na kontakt): ..... **e-mail** .....**