

Kolejny numer badania	Miejsce badania
Godzina badania (hh:mm) :	Wiek.....Wzrost.....Płeć.....

Czy miał/a Pan/i kiedykolwiek wykonywaną spirometrię?

Tak Nie

Czy są obecne u Państwa następujące objawy:

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

Duszność/zadyszka podczas chodzenia Kaszel suchy
 Kaszel z odkrztuszaniem płwociny Świszczący oddech

Rozpoznane choroby, a zwłaszcza:

Astma <input type="checkbox"/>	Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc <input type="checkbox"/>
Przewlekłe zapalenie oskrzeli <input type="checkbox"/>	Choroba nowotworowa płuc <input type="checkbox"/>
Nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/>	Choroba wieńcowa <input type="checkbox"/>
Zawał serca <input type="checkbox"/>	Udar mózgu <input type="checkbox"/>

1. Palenie tytoniu:lat,papierosów dziennie

2. Bierne palenie tytoniu: Praca dom

Informacje o miejscu zamieszkania:

- Miejscowośćulica
numer domu
- Okres zamieszkiwania we wskazanym miejsculat
- Przeważające położenie okien lokalu mieszkalnego w stosunku do ulicy
okna głównie od ulicy okna głównie od podwórka
- Kondygnacja, na której zamieszkuje badana osoba
- Szacunkowa odległość miejsca zamieszkania od najbliższej ruchliwej ulicymetrów
- Nr telefonu (jeśli wyraża zgodę):**
- e-mail**

4 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"/>

5 Miejsce pracy – pomieszczenia zamknięte.....lub w otwartym terenie.....(zaznacz X)

6 Warunki i charakter pracy / nauki, w tym:

Dzienny czas przebywania poza budynkami na terenach nasilonego ruchu drogowego.....godz.

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

Jakie?

7 Które Państwa dolegliwości lub choroby, są związane z faktem, że oddychacie zanieczyszczonym powietrzem:

.....