



Formularz kwestionariusza w przypadku podejrzenia astmy zawodowej

CZĘŚĆ I: * należy skreślić niewłaściwą odpowiedź		
Stanowisko pracy związane z rozwojem dolegliwości ze strony układu oddechowego		
Wiek	 (lata)
Płeć		kobieta/mężczyzna*
Okres zatrudnienia na w/w stanowisku	 (miesiące/lat *)
Proszę wstawić znak "X" lub "✓" w odpowiednim polu	TAK	NIE
Aktualne zatrudnienie na w/w stanowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Data zakończenia pracy
Palenie tytoniu	<input type="checkbox"/> Aktualnie/ W przeszłości	<input type="checkbox"/> Nigdy
Alergia na leki	<input type="checkbox"/> Jakie leki?	<input type="checkbox"/>
Alergia pokarmowa	<input type="checkbox"/> Jakie pokarmy?	<input type="checkbox"/>
Rodzinny wywiad w kierunku schorzeń alergicznych	<input type="checkbox"/> Kto i na co choruje?	<input type="checkbox"/>
Obecność zwierząt w domu	<input type="checkbox"/> Jakich zwierząt?	<input type="checkbox"/>
Przewlekłe choroby (m.in. nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, refluks żołądkowo-przełykowy)	<input type="checkbox"/> Jakie?	<input type="checkbox"/>
Przewlekłe stosowane leczenie farmakologiczne	<input type="checkbox"/> Jakie leki?	<input type="checkbox"/>



CZĘŚĆ II: Proszę wstawić znak "X" lub "√" w odpowiednim polu			*należy skreślić niewłaściwą odpowiedź													
Objaw	NIE	TAK	JEŚLI "TAK"													
			Od kiedy? (miesiące/ lata*)	Charakterystyka	Sezonowo	Całorocznie	Tylko w pracy	Także poza pracą	Występowanie w nocy/rano	Nasilenie objawów w pracy: wstaw 0-jeśli w I połowie zmiany roboczej, 1- jeśli w II połowie zmian roboczej, 3- jeśli po	Nasilenie objawu w kolejnych dniach tygodnia	Remisja w weekend	Remisja podczas przerwy w pracy > 1 tygodnia			
Kaszel				suchy/ produktywny*												
Świszczący oddech																
Uczucie ściskania w klatce piersiowej				wysiłkowe/ spoczynkowe*												
Duszność				wysiłkowa/ spoczynkowa*												
Chrypka, utrata głosu																
Objawy nieżyty nosa				wodnisty katar/ blokada nosa/ świąd/kichanie*												
Objawy ze strony oczu				zaczerwienienie/ świąd/łzawienie*												
Objawy skórne				wysypka/obrzęk/ świąd*												