



**FORMULARZ KWALIFIKACJI DO BADAŃ CZYNNOŚCIOWYCH
UKŁADU ODDECHOWEGO**

Tę część wypełnia personel medyczny:

**Badanie celowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia, projekt:
„Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych,
chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy,
zamieszkania, rekreacji oraz nauki”.**

BPmmHg; HR/min

**Na kolejne pytania kwestionariusza odpowiada badany lub w przypadku, gdy badany jest
osobą niepełnoletnią rodzic/opiekun prawny badanego**

Data badania.....

Imię i nazwisko pacjenta.....

Wiek.....[lata] Płeć K / M

Miejsce edukacji dziecka / klasa

.....
.....

Wzrost (cm), Waga (kg) *(proszę podać dokładne wartości, parametr istotny w
interpretacji badania)*

Szanowni Państwo

Proszę wstawić znak „X” w odpowiednią kratkę. W przypadku wątpliwości lub niezrozumienia treści pytania proszę zapytać lekarza o udzielenie szczegółowych informacji.

Lp.		NIE	TAK	Jeśli „TAK”
1.	Czy wyraża Pan(i) zgodę na przeprowadzenie mojego badania spirometrycznego /badania spirometrycznego dziecka?			Nie dotyczy
2.	Czy badany odczuwa lęk przed zamknięciem w niewielkim pomieszczeniu?			Nie dotyczy
3.	Czy badany pali papierosy?			Nie dotyczy
4.	Czy aktualnie badany cierpi z powodu przeziębienia/infekcji układu oddechowego?			<ul style="list-style-type: none">• Od kiedy i jakie ma objawy?
5.	Czy w okresie ostatniego miesiąca badany przebył infekcją układu oddechowego?			<ul style="list-style-type: none">• Kiedy ustąpiły objawy?
7.	Czy w chwili obecnej badany przyjmuje jakieś leki?			<ul style="list-style-type: none">• Jakie?...............

L.P.		NIE	TAK	JEŚLI „TAK”
8.	Czy kiedykolwiek badany utracił przytomność?			<ul style="list-style-type: none"> • Kiedy? • W jakich okolicznościach?.....
9.	Czy badany choruje na padaczkę?			<ul style="list-style-type: none"> • Od kiedy? • Kiedy był ostatni napad? • W jakich okolicznościach?.....
10.	Czy badany choruje na miastenię?			<ul style="list-style-type: none"> • Od kiedy? • Nazwy przyjmowanych leków lub kiedy zaprzestano leczenia?
11.	Czy badany choruje na jaskrę?			<ul style="list-style-type: none"> • Od kiedy?
12.	Czy kiedykolwiek obserwowano u badanego?			<ul style="list-style-type: none"> • Kiedy? • W jakich okolicznościach?.....

Lp.		NIE	TAK	Jeśli „TAK”
13.	Czy kiedykolwiek rozpoznano u badanego zatorowość płucną?			<ul style="list-style-type: none"> • Kiedy? • Czy przeprowadzono leczenie?
14.	Czy kiedykolwiek badany przebył odmę opłucnową?			<ul style="list-style-type: none"> • Kiedy?..... • Czy ustalono przyczynę? (samoistna/pourazowa/inna- podkreśl właściwe)..... • W jaki sposób prowadzono leczenie? (zachowawcze czy chirurgiczne- podkreśl właściwe)
15.	Czy kiedykolwiek rozpoznano u badanego guza w ośrodkowym układzie nerwowym (tzn. w mózgu /rdzeniu kręgowym lub worku oponowym)?			<ul style="list-style-type: none"> • Kiedy? • Dokładne rozpoznanie..... • W jaki sposób prowadzono leczenie? (zachowawcze czy chirurgiczne- podkreśl właściwe)
16.	Czy kiedykolwiek rozpoznano u badanego obecność tętniaków tętnic mózgowych i/lub aorty?			<ul style="list-style-type: none"> • Kiedy? • Których naczyń?

L.P.		NIE	TAK	Jeśli „TAK”
17.	Czy kiedykolwiek badany przebył udar mózgu?			<ul style="list-style-type: none"> • Kiedy? • Czy utrzymują się jakieś powikłania (np. niedowład mięśni twarzy?)
18.	Czy badany choruje na nadciśnienie tętnicze?			<ul style="list-style-type: none"> • Od kiedy? • Proszę podać wartość ostatnio dokonanego pomiaru ciśnienia tętniczego
19.	Czy badany choruje na chorobę niedokrwienną serca/chorobę wieńcową?			<ul style="list-style-type: none"> • Od kiedy? • Czy dziecko odczuwa aktualnie jakieś dolegliwości? (proszę podkreślić: bóle w klatce piersiowej, ucisk w klatce piersiowej, kołatania serca, uczucie nierównego bicia serca, duszność (brak powietrza), inne- proszę wymienić)
20.	Czy badany kiedykolwiek przebył(a) zawał mięśnia sercowego?			<ul style="list-style-type: none"> • Kiedy?

LP.		NIE	TAK	Jeśli „TAK”
21.	Czy kiedykolwiek rozpoznano u badanego zaburzenia rytmu			<ul style="list-style-type: none"> • Kiedy? • Dokładne rozpoznanie • Czy dziecko odczuwa aktualnie jakieś dolegliwości? (proszę podać jakie) • Czy był implantowany (wszczepiany) kardiostymulator (tzw. „rozrusznik”)? (Jeśli tak, proszę podać kiedy)
22.	Czy w okresie ostatniego miesiąca badany przebył operację chirurgiczną w obrębie klatki piersiowej i/lub jamy brzusznej i/lub kończyn dolnych (z zakresu chirurgii naczyniowej- np. operację żyłaków) i/lub operację okulistyczną (np. z powodu odwarstwienia siatkówki, usunięcia zaćmy) i/lub operację laryngologiczną w obrębie nosogardzieli i/lub ucha?			<ul style="list-style-type: none"> • Kiedy? • Jaki zabieg i z jakiego powodu?

Podpis badanego

Podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka

Łódź, dn.