



**Prosimy o rzetelne wypełnienie poniższej ankiety według podanych wskazówek:**

- zaznaczyć odpowiednie znakiem „x” lub zakreślić/podkreślić wybrany wariant odpowiedzi

- wpisać czytelnie: .....

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

**Zapewniamy, że ankieta służy wyłącznie lekarskiej ocenie stanu zdrowia, a jej zawartość nie zostanie ujawniona, zgodnie z obowiązującymi zasadami dochowania tajemnicy lekarskiej. Zebrane w ankiecie dane, w postaci zbiorczych zestawień statystycznych, mogą zostać wykorzystane jedynie w sprawozdaniu z projekt: „Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki”, który Instytut Medycyny Pracy w Łodzi realizuje w ramach Narodowego Programu Zdrowia.**

*Wyrażam zgodę na wypełnienie ankiet, przeprowadzenie badania lekarskiego oraz zaproponowane badania dodatkowe, a także na udzielenie informacji przez lekarza o stanie zdrowia i ew. dalszej proponowanej diagnostyce*

Czytelny podpis badanego .....

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego badanego .....

Data wypełnienia formularza .....

Imię i nazwisko .....

Telefon kontaktowy .....

Rok urodzenia ..... Płeć: K / M

Aktualne miejsce pobierania nauki / rok nauki (klasa )

.....

Planowane miejsce / profil kontynuacji nauki .....

## BADANIE ANKIETOWE

1. Czy masz **kaszel** (kaszel przewlekły niezwiązany z infekcją)?  
1- tak                    2- nie ----- **przejdź do pyt. 5**
2. Od jak dawna występuje kaszel? .....
3. Czy występują napady kaszlu przy znacznych wysiłkach lub /i po wyjściu na świeże powietrze?  
1- tak                    2- nie
4. Czy kaszel nasila się podczas jakiś aktywności dnia codziennego?  
1- tak (jakich?.....)                    2- nie
5. Czy odczuwasz **duszność, uczucie krótkiego oddechu**?  
1- tak                    2- nie -----**przejdź do pyt. 10**
6. Od jak dawna utrzymuje się duszność? .....
7. Czy słyszałeś/łaś u siebie kiedykolwiek świsty i furczenia, czyli tzw. grę w klatce piersiowej?  
1- tak                    2- nie
8. Czy napady duszności występują?  
1- cały rok  
2- sezonowo (proszę wpisać konkretne miesiące .....
9. Czy duszność nasila się podczas jakiś aktywności dnia codziennego?  
1-tak                    2- nie
10. Czy występują objawy **swędzenia nosa**, kilkakrotnego **kichania lub/i wycieku z nosa**?  
1- tak                    2- nie-----**przejdź do pyt. 15**
11. Czy masz uczucie zatkanego nosa trwające dłużej niż miesiąc w ciągu roku?  
1- tak                    2- nie

12. Od jak dawna występuje katar? .....
13. Czy katar i/lub uczucie zatkanego nosa występują?  
1- cały rok  
2- sezonowo (proszę wpisać konkretne miesiące .....
14. Czy katar, uczucie zatkanego nosa nasila się podczas jakichś aktywności dnia codziennego?  
1-tak (jakich?.....)                      2- nie
15. Czy występuje **swędzenie i zaczerwienienie oczu**?  
1- tak                      2- nie -----**przejdź do pyt. 19**
16. Od jak dawna występują objawy ze strony spojówek? .....
17. Czy swędzenie i zaczerwienienie oczu występuje?  
1- cały rok  
2- sezonowo (proszę wpisać konkretne miesiące .....
18. Czy swędzenie i zaczerwienienie oczu nasila się podczas jakichś aktywności dnia codziennego?  
1- tak (jakich?.....)                      2- nie
19. Czy występowały u Ciebie **swędzące wykwity na skórze**?  
1- tak                      2- nie
20. Czy swędzące zmiany skórne nasilają się podczas jakichś aktywności dnia codziennego?  
1- tak (jakich?.....)                      2- nie
21. Czy któreś z niżej wymienionych sytuacji powodują u Ciebie napady swędzenia nosa, kichania lub/i wyciek z nosa, duszności, objawy spojówkowe lub skórne?  
1- spacer po łące, po lesie,  
2- kontakt z kurzem,  
3- przebywanie w pobliżu zwierząt domowych,  
4- kontakt z produktami spożywczymi, przyprawami, pokarmami,  
5- nie wiem

22. Czy występuje u Ciebie uczulenie po zażyciu Aspiryny, Polopiryny, lub leków przeciwbólowych?

- 1- Tak                      2- nie                      3- nie wiem

23. Czy chorowałeś/łaś lub chorujesz na (proszę zaznaczyć właściwe):

- 1- gruźlicę,
- 2- zapalenie płuc,
- 3- astmę oskrzelową,
- 4- polipy nosa,
- 5- cukrzycę,
- 6- nadciśnienie tętnicze,
- 7- nadczynność/niedoczynność tarczycy,
- 8- alergiczny nieżyt nosa,
- 9- katar sienny,
- 10- zapalenie skóry,
- 11- zapalenie spojówek,
- 12- pokrzywkę,
- 13- inne choroby: .....

24. Czy ktoś z członków Twojej rodziny (rodzice, rodzeństwo) chorował na:

- 1- astmę oskrzelową,
- 2- wodniste, napadowe katary,
- 3- alergiczne zapalenie spojówek,
- 4- swędzące wykwity na skórze, pokrzywki
- 5- nie wiem

25. Gdzie mieszkasz?

- 1- na wsi                      2- w mieście

26. W jakim budownictwie mieszkasz?

- 1- starym                      2- nowym

27. Czy masz przebywające stale w domu zwierzęta?

1- nie

2- TAK mam:

1- psa

2- chomika

3- kota

4- królika

5- świnkę morską

6- rybki

7- papugi lub kanarki

28. Czy obecnie palisz papierosy (regularnie co najmniej 1 papieros dziennie)?

1- tak

2- nie

3 –nie chcę udzielać odpowiedzi na to pytanie

29. Jeśli palisz papierosy to podaj: ile sztuk dziennie .....,

od jak dawna palisz papierosy? .....

30. Czy ktoś z domowników pali papierosy?

1- tak

2- nie

31. Czy obecnie przyjmujesz jakieś leki?

1 – tak, jakie?.....

2 - nie

32. Czy lekarz kiedykolwiek powiedział Ci, że chorujesz na chorobę alergiczną?

1- tak:  katar alergiczny,  astmę,  alergiczną chorobę skóry  inną .....

2- nie

33. Czy miałeś/łaś kiedykolwiek wykonywane testy alergiczne (wykrywające uczulenie)?

1- tak

2- nie

34. Czy jesteś uczulony/a na poniżej wymienione alergeny (zaznacz które)?

- Roztocza kurzu domowego,
- Pyłki traw, drzew, chwastów,
- Sierści zwierząt (kota, psa),
- Leki,
- Inne .....

35. Czy **Twoim zdaniem** osoba z alergią powinna brać tę chorobę pod uwagę przy wyborze zawodu?

- a. tak,
- b. raczej tak,
- c. trudno powiedzieć,
- d. raczej nie,
- e. nie

36. Czy rozmawiałeś/łaś kiedykolwiek z lekarzem o tym, jak alergia może wpłynąć na pracę zawodową?

- a. tak
- b. nie

37. Czy pytałeś/łaś lekarza, jakiego zawodu nie powinieneś/naś wybierać w przyszłości??

- a. tak
- b. nie

38. Czy rozmawiałeś/łaś z kimś innym o tym, jak Twoja alergia może wpłynąć na pracę w przyszłości i jaki zawód powinieneś/powinnaś wybrać?

- a. z rodzicami lub opiekunami,
- b. innymi członkami rodziny,
- c. z nauczycielem,
- d. ze swoim chłopakiem/dziewczyną,
- e. z przyjaciółmi.

***Dziękujemy za wypełnienie ankiety!***