

BADANIE ANKIETOWE UCZNIÓW SZKOŁY GASTRONOMICZNEJ

Nr identyfikacyjny.....

Klasa Profil klasy

Rok nauki w szkole: 1, 2, 3, 4

Data badania

Płeć K M

Rok urodzenia

Nazwisko.....

Imię

1. Proszę wymienić czynniki, z którymi masz kontakt podczas zajęć praktycznej nauki zawodu (proszę zakreślić dowolną ilość odpowiedzi):

- mąki, - dodatki piekarnicze (np. polepszacze),
- przyprawy, - jaja,
- owoce, warzywa, - mięsa,
- inne, jakie?

2. Czy masz **kaszel** (kaszel przewlekły nie związany z infekcją)?

- 1- tak 2- nie ----- przejdź do pyt. 7

3. Od ilu lat występuje kaszel?

4. Czy występują napady kaszlu przy znacznych wysiłkach lub /i po wyjściu na świeże powietrze?

- 1- tak 2- nie

5. Czy kaszel pojawił się w czasie nauki, podczas zajęć praktycznej nauki zawodu?

- 1- tak 2- nie

6. Czy kaszel nasila się podczas zajęć praktycznej nauki zawodu?

- 2- tak 2- nie

7. Czy odczuwasz **duszność, uczucie krótkiego oddechu**?

- 1- tak 2- nie przejdź do pyt. 13

8. Od ilu lat utrzymuje się duszność, uczucie krótkiego oddechu?

9. Czy słyszałeś/łaś u siebie kiedykolwiek świsty i furczenia, czyli tzw. grę w klatce piersiowej?

- 1- Tak 2- nie

10. Czy napady duszności występują?

- 1- cały rok
2- sezonowo (proszę wpisać konkretne miesiące

11. Czy duszność pojawiła się w czasie nauki, podczas zajęć praktycznej nauki zawodu?

- 1-tak 2- nie

12. Czy duszność nasila się podczas zajęć praktycznej nauki zawodu?

- 1-tak 2- nie

13. Czy występują objawy **swędzenia nosa**, kilkakrotnego **kichania lub/i wycieku z nosa**?

- 1- Tak 2- nie przejdź do pyt. 19

14. Czy masz uczucie zatkanego nosa trwające dłużej niż miesiąc w ciągu roku?

- 1- Tak 2- nie

- cukrzycę,
- nadczynność/niedoczynność tarczycy,
- katar sienny,
- zapalenie spojówek,
- inne choroby:
- nadciśnienie tętnicze,
- alergiczny nieżyt nosa,
- zapalenie skóry,
- pokrzywkę,

30. 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.

31. Gdzie mieszkasz?

- 1- na wsi
- 2- w mieście

32. W jakim budownictwie mieszkasz?

- 1- starym
- 2- nowym

33. Czy masz przebywające stale w domu zwierzęta?

- 1- nie
- 2- TAK mam:
 - Psa
 - Kota
 - świnę morską
 - papugi lub kanarki
 - chomika
 - królika
 - rybki
 - inne, jakie?

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

- 1- tak
- 2- nie
- 3 -nie chcę udzielać odpowiedzi na to pytanie

35. Jeśli palisz papierosy to podaj: ile sztuk dziennie, od ilu lat palisz papierosy?

36. Czy ktoś z domowników pali papierosy?

- 1- tak
- 2- nie

37. Obecnie przyjmuję następujące leki:

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

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

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

- 1- tak
- 2- nie

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

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

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!