

Cognome.....

Nome.....

Data.....

Questionario per Check Up APPARATO RESPIRATORIO

Sezione 1: ANALISI DEI SINTOMI

Quale è il motivo che l'ha spinto a rivolgersi a questo Centro per un Check Up dell'Apparato Respiratorio?

- Problemi di salute respiratori
 Problemi di salute non respiratori: (specificare)
 Timore di malattie future

TOSSE:

Tossisce abitualmente? Sì No

Se Sì, da quanto tempo? anni mesi giorni

La tosse è:

- perenne o
 ravvisa una periodicità nelle stagioni
 è secca
 è produttiva

La tosse è presente soprattutto:

- di notte o
 quando è in posizione supina (sdraiata a pancia in su)

Quando tossisce, ha talvolta espettorazione vischiosa e biancastra? Sì No

A che età ha cominciato a tossire (anni)

SINTOMATOLOGIA GENERALE:

Ha qualcuno dei seguenti sintomi?

- Prurito ad entrambi gli occhi o al naso o al palato
 Bisogno di fregarsi il naso di continuo
 Secrezione acquosa dal naso (oppure mucosa 0 purulenta/gialla)
 Starnuti in sequenza (crisi di alcuni minuti, più volte al giorno, in cui ci sono molti starnuti consecutivi)
 Secchezza della mucosa nasale con crosticine,
 Sibili e fischi respiratori durante il sonno
 Ha raucedine frequente o negli ultimi mesi ha notato un cambiamento nel timbro della voce

ESPETTORAZIONE:

In caso di espettorazione, dica:

- Espettora abitualmente quando si alza nella cattiva stagione
 Espettora abitualmente di giorno o di notte nella cattiva stagione
 Espettora in tal modo quasi tutti i giorni almeno per 3 mesi all'anno
 A che età ha incominciato ad espettorare (anni)
 Negli ultimi 3 anni, Le è capitato di tossire e di espettorare più del solito per 3 settimane
 Ciò è capitato più di una volta
 Ha raucedine frequente o negli ultimi mesi ha notato un cambiamento nel timbro della voce

DISPNEA:

In caso di dispnea, dica:

- Ha mai avuto un attacco di mancanza di fiato o respiro affannoso e/o sibilante (soprattutto dopo sforzi intensi)
 Ha difficoltà di respiro quando cammina in fretta in pianura o salendo un leggero pendio o una rampa di scale a passo normale
 Ha difficoltà di respiro quando cammina con persone della Sua età ad un passo normale in pianura
 A che età ha osservato che il Suo respiro non era normale (anni)

Sezione 2: ANAMNESI TABAGICA (fumatori)

Da quanti anni fuma? () Meno di 5 () Meno di 10 () Da 10 a 20 () Da più di 20

A che età ha cominciato a fumare? anni

Quante sigarette fuma attualmente?

In passato ha già smesso di fumare? () Sì () No

Se Sì, quante volte:

Per quanto tempo:

In che modo? () Da solo () Altro: (specificare come)

Perchè ha ricominciato a fumare?

() Perchè è un piacere che mi mancava

() Sono stato trascinato da altri

() A causa di fastidi di salute

() A causa di preoccupazioni professionali

() A causa di preoccupazioni familiari

Ha l'abitudine di bere vino o altri alcoolici?

() No, sono astemio o bevo molto raramente

() Ora no, ma in passato bevevo

() In genere bevo solo ai pasti

() Bevo d'abitudine anche fuori pasto, ma con moderazione

() Ogni tanto bevo troppo e mi succede di ubriacarmi

() Mi capita spesso di bere eccessivamente e di ubriacarmi

Pratica qualche terapia?

() No, mai () Sì, con regolarità () Sì, occasionalmente

(se Sì, specificare cosa, a quale dosaggio e da quando):

Pratica attività fisica?

() No, mai () Sì, con regolarità () Sì, occasionalmente

Sezione 3: ANAMNESI PER ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI

Dopo aver ingerito frutta (tipo melone, banana, mela, ananas) nota una sensazione

di prurito al palato ed alla mucosa orale con sensazione di "gonfiore"? () Sì () No

Ha mai avuto eruzioni di orticaria (macchie e pomfi arrossati, fortemente pruriginosi)? () Sì () No

() Se Sì, aumentano e scompaiono ciclicamente

() Sono localizzate in alcune zone del corpo

() Sono generalizzate su tutto il corpo

() Sono in relazione con l'assunzione di alimenti in particolare:

() Si manifestano al contatto con alcune sostanze:

Ha mai avuti reazioni simili o strane dopo aver assunto: crostacei, frutta secca, pesce, agrumi, pomodori, latte o formaggi stagionati, vino? () Sì () No

Ha mai avuti reazioni simili o strane dopo aver pranzato/cenato in un ristorante etnico, specie cinese? () Sì () No

Da piccolo ha avuto la dermatite atopica (conosciuta come "crosta latte")? () Sì () No

Ha sintomi come:

() Diarrea ricorrente

() Sensazione di addome gonfio (meteorismo)

() Alitosi importante (in assenza di gastropatie, malattie dei denti e del parodonto, assunzione di farmaci)

() Stanchezza importante e non giustificabile

Ha secchezza cutanea, fragilità di capelli ed unghie? () Sì () No

Ha spesso cefalea (mal di testa)? () Sì () No

Firma del Paziente