

Kolejny numer badania	Miejsce badania
Godzina badania (hh : mm) :	WiekWzrostPłeć.....

Czy miał/a Pan/i kiedykolwiek wykonywaną spirometrię?

Tak ☐ Nie ☐

Czy występują u Pana/i następujące objawy:

Długotrwałe (>12 tygodni) występowanie objawów zaburzeń układu oddechowego, a zwłaszcza:

Duszność/zadyszka podczas chodzenia	☐	Kaszel suchy	☐
Kaszel z odkrztuszaniem płwociny	☐	Świszczący oddech	☐

Rozpoznane choroby, a zwłaszcza:

Astma	☐	Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc	☐
Przewlekłe zapalenie oskrzeli	☐	Choroba nowotworowa płuc	☐
Nadciśnienie tętnicze	☐	Choroba wieńcowa	☐
Zawał serca	☐	Udar mózgu	☐

1. **Palenie tytoniu:**lat,papierosów dziennie

2. **Bierne palenie tytoniu:** Praca ☐ Dom ☐

Informacje o miejscu zamieszkania:

- Miejscowość:
- Okres zamieszkiwania we wskazanym miejscu:lat
- Przeważające położenie okien lokalu mieszkalnego w stosunku do ulicy
okna głównie od ulicy ☐ okna głównie od podwórka ☐
- Kondygnacja, na której zamieszkujesz?
- Szacunkowa odległość miejsca zamieszkania od najbliższej ruchliwej ulicy:metrów
- Nr telefonu (jeśli wyraża Pan/Pani zgodę):**

e-mail

4 **Warunki mieszkaniowe, w tym:**

a. Sposób ogrzewania budynku

Miejska sieć ciepłownicza	☐	Piec gazowy	☐	Piec/kocioł węglowy	☐
Piec na drewno/kominek	☐	Kocioł olejowy	☐	Inny	☐

b. Czy używana jest kuchenka gazowa? Tak ☐ Nie ☐

c. Bliskość źródeł zanieczyszczeń powietrza (do 500 m od miejsca zamieszkania)

Elektrownia/ciepłownia	☐	Zakład przemysłowy	☐	Ruchliwa ulica	☐
Spalanie w domowych piecach/kotłach	☐	Kopalnia	☐	Inne	☐

5 **Miejsce pracy:** pomieszczenia zamknięte ☐ w otwartym terenie ☐

6 **Warunki i charakter pracy / nauki, w tym:**

Dzienny czas przebywania poza budynkami na terenach nasilonego ruchu drogowego:..... godzin

Narażenie na szkodliwe czynniki wziewne w miejscu pracy (poza zanieczyszczeniem powietrza).

Jakie?

7 **Które Pana/Pani dolegliwości lub choroby, są związane z faktem oddychania zanieczyszczonym powietrzem:**

.....