

# ANKIETA\*

## DNI SPIROMETRII 2016



### CZĘŚĆ I

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| Wiek [lata] .....       | Wzrost [cm] ..... |
| Płeć: K [....] M [....] |                   |

**Czy miał/a Pan/i kiedykolwiek wykonywaną spirometrię?**

Tak  Nie

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

|  |  |
|--|--|
| Duszność/zadyszka podczas chodzenia <input type="checkbox"/> | Kaszel suchy <input type="checkbox"/>      |
| Kaszel z odkrztuszaniem płwociny <input type="checkbox"/>    | Świszczący oddech <input type="checkbox"/> |

**Rozpoznane choroby, a zwłaszcza:**

|  |  |
|--|--|
| Astma <input type="checkbox"/>                         | Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc <input type="checkbox"/> |
| Przewlekłe zapalenie oskrzeli <input type="checkbox"/> | Częste infekcje układu oddechowego <input type="checkbox"/>  |

**Alergia:**

Wziewna  Pokarmowa  Skórna

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

**3. Bierne palenie tytoniu:** Praca  dom

**Informacje o miejscu zamieszkania:**

- a. Miejscowość .....ulica .....
- b. Okres zamieszkiwania we wskazanym miejscu .....lat
- c. Przeważające położenie okien lokalu mieszkalnego w stosunku do ulicy  
okna głównie od ulicy  okna głównie od podwórka
- d. Kondygnacja, na której zamieszkuje badana osoba .....
- e. Szacunkowa odległość miejsca zamieszkania od najbliższej ruchliwej ulicy .....metrów
- f. **Nr telefonu (jeśli wyraża zgodę):** ..... **e-mail** .....

**4 Warunki mieszkaniowe, w tym:**

a. Sposób ogrzewania budynku

|                           |                          |                |                          |                     |                          |
|---------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Miejska sieć ciepłownicza | <input type="checkbox"/> | Piec gazowy    | <input type="checkbox"/> | Piec/kocioł węglowy | <input type="checkbox"/> |
| Piec na drewno/kominek    | <input type="checkbox"/> | Kocioł olejowy | <input type="checkbox"/> | Inny                | <input type="checkbox"/> |

b. Czy używana jest kuchenka gazowa? Tak  Nie

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

|                                     |                          |                    |                          |                |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Elektrownia/ciepłownia              | <input type="checkbox"/> | Zakład przemysłowy | <input type="checkbox"/> | Ruchliwa ulica | <input type="checkbox"/> |
| Spalanie w domowych piecach/kotłach | <input type="checkbox"/> | Kopalnia           | <input type="checkbox"/> | Inne           | <input type="checkbox"/> |

**5 Miejsce pracy** – pomieszczenia zamknięte.....lub w otwartym terenie.....(zaznacz X)

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

Dzienny czas przebywania poza budynkami na terenach nasilonego ruchu drogowego.....godz.

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

Jakie? .....

*\*prosimy o dołączenie wyniku/wydruku badania spirometrycznego*

# ANKIETA\*

## DNI SPIROMETRII 2016



### CZĘŚĆ II

#### MIĘDZYNARODOWY KWESTIONARIUSZ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

Proszę określić, na ile ostatnie 7 dni były typowe, biorąc pod uwagę Pana/i normalnie wykonywane czynności

Czy w ciągu ostatnich 7 dni, tzn. od ..... (podać dzień tygodnia) do wczoraj :

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| a. przez cały czas lub część czasu przebywał Pan/i w szpitalu.....            | Tak | Nie |
| b. przez cały czas lub część czasu był Pan/i chory.....                       | Tak | Nie |
| c. przez cały czas lub część czasu odbywał Pan/i zajęcia rehabilitacyjne..... | Tak | Nie |
| d. przez cały czas lub część czasu przebywał Pan/i na urlopie.....            | Tak | Nie |
| e. jest Pan/i w okresie rekonwalescencji po przebytej chorobie.....           | Tak | Nie |
| f. (tylko dla kobiet) jest Pani w ciąży.....                                  | Tak | Nie |

Pytania dotyczące czynności związanych z aktywnością fizyczną w ciągu ostatnich 7 dni, tzn. od ..... (podać dzień tygodnia) do wczoraj.

Proszę pomyśleć o wszystkich czynnościach wykonywanych w ciągu ostatnich 7 dni w domu i w jego otoczeniu, w pracy zawodowej, związanych z przemieszczaniem się z miejsca na miejsce, np. drodze do pracy i z pracy, robieniu zakupów. Proszę także uwzględnić czynności wykonywane w czasie wolnym, tj. spacer, rekreacja, praca na działce, ćwiczenia fizyczne oraz sport. Najpierw pytamy o czynności wymagające dużego wysiłku fizycznego, następnie o czynności wymagające umiarkowanego, średniego wysiłku, a na koniec o spacer i inne czynności związane z chodzeniem oraz siedzeniem. Na początek proszę przypomnieć sobie wszystkie czynności wymagające intensywnego wysiłku fizycznego, wykonywane w ciągu ostatnich 7 dni.

**Intensywny wysiłek fizyczny wywołuje bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca.**

Intensywnego wysiłku fizycznego wymaga np. dźwiganie ciężkich przedmiotów, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, szybka jazda rowerem. Interesują nas tylko czynności, które trwały co najmniej 10 min. bez przerwy.

1. Czy w ciągu ostatnich 7 dni wykonywał/a P. czynności wymagające intensywnego wysiłku fizycznego?

Tak  Nie  Nie wiem/Nie jestem pewien/a

Jeśli Tak, to przez ile dni w ciągu ostatniego tygodnia? ..... dni  
Jeśli Nie /Nie wiem/Nie jestem pewien (a) to przejść do pyt. 3

2. Przeciętnie ile czasu wykonywał/a P. czynności wymagające intensywnego wysiłku fizycznego w ciągu takiego dnia?

Ilość minut dziennie - .....minut  
Nie wiem/Nie jestem pewien(a)

# ANKIETA\*

## DNI SPIROMETRII 2016



A teraz proszę przypomnieć sobie wszystkie czynności wymagające **umiarkowanego (średniego) wysiłku fizycznego wykonywane w ciągu ostatnich 7 dni.**

**Umiarkowany wysiłek fizyczny prowadzi do trochę szybszego oddychania i trochę szybszego bicia serca.**

Umiarkowanego wysiłku fizycznego wymaga np. noszenie lżejszych ciężarów, jazda rowerem w normalnym tempie, gra w siatkówkę lub bardzo szybki marsz. Proszę jednak nie brać pod uwagę chodzenia. Chodzi znowu tylko czynności, które trwały *co najmniej 10 minut bez przerwy.*

3. Czy w ciągu ostatnich 7 dni wykonywał/a P. czynności wymagające **umiarkowanego, średniego wysiłku fizycznego?**

Tak  Nie  Nie wiem/Nie jestem pewien/a

Jeśli Tak to przez ile dni w ciągu ostatniego tygodnia? ..... dni

Jeśli Nie/Nie wiem/Nie jestem pewien(a) to przejdź do pyt. 5

4. Przeciętnie ile czasu wykonywał/a P. czynności wymagające **umiarkowanego wysiłku fizycznego** w ciągu takiego dnia?

Ilość minut dziennie - .....minut

Nie wiem/Nie jestem pewien(a)

Teraz proszę przypomnieć sobie, ile czasu zajęło Panu/Pani **chodzenie** w ciągu *ostatnich 7 dni.* Interesuje nas chodzenie, związane z pracą, chodzenie ulicą, np. po zakupy, do pracy, a także o spacer, trwające co najmniej 10 minut bez przerwy.

5. Czy w ciągu ostatnich 7 dni chodził/a P. co najmniej 10 min. bez przerwy?

Tak  Nie  Nie wiem/Nie jestem pewien/a

Jeśli Tak to przez ile dni w ciągu ostatniego tygodnia? ..... dni

Jeśli Nie/Nie wiem/Nie jestem pewien(a) to przejdź do pyt. 7)

6. Przeciętnie ile czasu poświęcał/a P. na chodzenie lub spacer w ciągu takiego dnia?

Ilość minut dziennie - .....minut

Nie wiem/Nie jestem pewien(a)

*A ile czasu w ostatnim tygodniu spędzał Pan/Pani siedząc?*

*Tym razem proszę uwzględnić tylko dni powszednie, tzn. proszę pominąć sobotę i niedzielę. Chodzi np. o siedzenie przy biurku, siedzenie podczas odwiedzin u znajomych, podczas czytania, a także siedzenie lub leżenie podczas oglądania telewizji. Proszę uwzględnić czas spędzony na siedzeniu w domu, w pracy, w szkole, w pojazdach i w innych miejscach.*

7. Biorąc pod uwagę dni powszednie w ciągu ostatniego tygodnia, ile zazwyczaj czasu w ciągu dnia spędzał/a P. **siedząc?**

Ilość minut dziennie - .....minut

Nie wiem/Nie jestem pewien/a