

ESITIEDOT HENGITYSOIREISTA

Potilas täyttää

Nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Ammatti (nykyinen ja entiset) \_\_\_\_\_

	Kyllä	Ei
<b>Onko lähisuvussanne</b>		
- astmaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- allergista nuhaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- allergista ihottumaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kroonista keuhkoputken- tulehdusta tai keuhkolaajentumaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Kyllä	Ei
- aspiriini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- penisiliini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- muut lääkkeet, mitkä? _____		

	Kyllä	Ei
<b>Viime aikaiset oireet</b>		
- pitkäaikainen yskä tai äänenkäheys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verta ysköksessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- limantulo keuhkoista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hengityksen vinkuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hengen ahdistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- heinänuha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ympärivuotinen nuha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- nenäpolyypit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- poskiontelotulehdukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toistuvat kurkku- tai kurkunpääntulehdus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ihottuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Kyllä	Ei
<b>Hengitysoireita aiheuttaa tai lisää</b>		
- ruumiillinen ponnistelu, rasitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ”flunssat”, kuumeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tupakansavu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pakkasilma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sään muutokset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- työpaikan käryt ja pölyt, kemikaalit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vastoinkäymiset (kotona tai työelämässä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Kyllä	Ei
<b>Asuminen</b>		
Onko makuuhuoneessanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- höyhentyyny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kokolattiamatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- karvalankamatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kirjahylly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ilmankostutin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pääasiallinen oire alkoi**

Vuosi \_\_\_\_\_

Vuodenaika \_\_\_\_\_

Vuorokaudenaika \_\_\_\_\_

Mikä mielestänne oli syynä oireiden alkamiseen \_\_\_\_\_

	Kyllä	Ei
<b>Tupakointi</b>		
- tupakoin jatkuvasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- olen polttanut _____ vuotta _____ savuketta, piippua/vrk		
- olen tupakoinut, mutta lopettanut _____ _____ vuotta sitten		

	Kyllä	Ei
<b>Hengitysoireita esiintyy</b>		
- vain satunnaisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aamuisin ja öisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- iltaisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mihin aikaan tahansa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- koko vuorokauden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- lähinnä kesäaikaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- lähinnä talviaikaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- koko vuoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Kyllä	Ei
<b>Aikaisempi hoito</b>		
- onko teille lapsuudessa sanottu olleen allergioita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mitä _____		
- onko teitä aikaisemmin tutkittu sairaalassa hengitysoireiden takia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- missä ja milloin _____		

	Kyllä	Ei
<b>Hengitysoireita aiheuttaa</b>		
- siitepölyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mitkä siitepölyt _____		
- kotipölyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kotieläimet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mitkä eläimet _____		
- onko kotona eläimiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ruoka-aineet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mitkä ruoka-aineet _____		

	Kyllä	Ei
- oletteko käyttäneet astmalääkkeitä säännöllisesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kuinka kauan olette käyttäneet astmalääkkeitä säännöllisesti _____		