

## Questionario – Affezioni respiratorie

### Cliente

Cognome   
Strada   
Sesso   
Data di nascita   
Numero del cliente

Nome   
NPA / Località   
Tel.   
eMail   
N. della proposta

Le informazioni raccolte per mezzo di questo documento saranno trattate con la massima confidenzialità e sono soggette alle regole deontologiche sul rispetto del segreto professionale.

Se richiesto, la preghiamo di selezionare le caselle pertinenti e di aggiungere un commento o indicare la data in corrispondenza delle risposte affermative. **Non è necessario convocare il paziente.**

Altezza:  cm peso:  kg data:   
Pressione arteriosa:  mmHg sistolica /  mmHg diastolica data:   
Tabagismo:  no  sì Se sì, di che tipo?  Quantità giornaliera?  E-sigarette:  no  sì  
Ex fumatore:  no  sì Da quando?

### Diagnosi:

	no	sì	Causa	Data
<b>Asma:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frequenza dei sintomi:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Data dell'ultima crisi:				<input type="text"/>
Allergica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>Bronchite cronica:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Rinite allergica:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Enfisema:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Tubercolosi:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> polmonare <input type="radio"/> extrapolmonare	<input type="text"/>
<b>Bronchiectasia:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Apnea del sonno:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ostruttiva <input type="radio"/> centrale	<input type="text"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
compliance:			<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="text"/>
AHI durante la diagnosi:			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Saturazione di ossigeno durante il sonno:			<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Altro:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Trattamento in corso?

no  sì

Indicare tutti i trattamenti

Quali?  
(precisare il nome del/dei  
medicamento/i e il relativo dosaggio)

Da quando?

(mese/anno)

Steroidi

Dosaggio?

Quante settimane negli ultimi 24 mesi?

Trattamento chirurgico

data dell'intervento:

Altro

Quali?

Se interrotto, precisarne le ragioni e  
la data d'interruzione:

## Esami effettuati nel corso degli ultimi 12 mesi:

Imaging toracico:

prove di funzionalità respiratoria

Altri:

Quali?

Risultati:

Data:

## Sintomi:

lievi/minimi  moderati  gravi

Dettagli:

Quali?

Frequenza:

Presenza di dispnea:

no  sì  a riposo  sotto sforzo moderato

sotto sforzo intenso

Dettagli:

FEV1 o PEF - % del valore teorico:

## Incapacità lavorativa a seguito di problemi respiratori?

no  sì

Se sì, quando?

Durata:

Percento:

**Ospedalizzazione a seguito di problemi respiratori?**

no  sì

Se sì, quando?

Durata:

Motivi:

Complicazioni:

no  sì

Quali?

**Altre terapie o malattie note?**

Quali?

Quali trattamenti?

Da quando?

(mese/anno)

Motivi:

**Altri commenti:**

La preghiamo di allegare una copia degli esami speciali eventualmente effettuati e i risultati e valori di riferimento per ogni referto di laboratorio.

Medico

Telefono

Fax

eMail

Data

**Invio elettronico**

Il pulsante «Invia» permette l'invio elettronico dei dati al servizio medico della mobiliare.