

Questionario per lo studio dei sintomi respiratori

QUESTIONARIO **2**

(estratto dalla linea guida della SIMLII per la sorveglianza sanitaria di lavoratori esposti ad irritanti e tossici per l'apparato respiratorio ed 2010)

La/il sottoscritta/o _____

nat_a _____ () il ____ / ____ / ____

dipendente dell'azienda _____ con la mansione di: _____

Tosse

Tossisce abitualmente: **SI** **NO**

Se ha risposto SI:

durante il giorno	SI	NO
durante la notte	SI	NO
al risveglio	SI	NO
quasi tutti i giorni per tre mesi all'anno?	SI	NO

a che età ha cominciato a tossire abitualmente? _____

Espettorazione

Espettora (ha catarro) abitualmente? **SI** **NO**

Se ha risposto SI:

durante il giorno	SI	NO
durante la notte	SI	NO
al risveglio	SI	NO
quasi tutti i giorni per tre mesi all'anno?	SI	NO

a che età ha cominciato a espettorare abitualmente? _____

Negli ultimi tre anni, ha dovuto interrompere le sue attività abituali per almeno tre settimane a causa di un eccesso di tosse o di espettorazione? **SI** **NO**

Dispnea

Ha problemi a camminare per un'altra causa che non sia un'affezione cardiaca o polmonare? **SI** **NO**

Ha difficoltà di respiro quando sale una rampa di scale al suo passo normale? **SI** **NO**

Ha difficoltà di respiro quando cammina con persone della sua età ad un passo normale in pianura? **SI** **NO**

Deve fermarsi a prendere fiato quando cammina in pianura al suo passo normale? **SI** **NO**

Ha difficoltà di respirazione quando si veste o si sveste? **SI** **NO**

Se ha risposto SI ad una delle precedenti domande:
a che età ha osservato che il suo respiro non era più normale? _____

Sibili respiratori ed oppressione toracica

Ha mai avuto sibili o fischi respiratori? **SI** **NO**

Si è mai svegliato al mattino con una sensazione di oppressione toracica? **SI** **NO**

Crisi d'asma

Ha qualche suo parente che soffre di crisi d'asma? **SI** **NO**

Ha mai avuto episodi di mancanza di respiro mentre era a riposo? **SI** **NO**

Se ha risposto SI:

durante il giorno	SI	NO
dopo uno sforzo fisico	SI	NO
al risveglio	SI	NO

a che età si è presentato il primo episodio? _____

a che età si è presentato l'ultimo episodio? _____

Un medico le ha mai detto che soffre d'asma? **SI** **NO**

Fumo di sigaretta

Fuma o a mai fumato abitualmente? **SI** **NO**

Se ha risposto SI:

quante sigarette al giorno? _____

a che età ha cominciato a fumare regolarmente? _____

se ha smesso di fumare definitivamente, da quanti anni ha smesso? _____

D A T A _____ **FIRMA DEL LAVORATORE** _____