

# Spirometria - ankieta przed badaniem

Imię i nazwisko Pacjenta: .....

PESEL / data urodzenia: ..... Wiek: .....

Adres zamieszkania: .....

## 1. Czy występowały u Pana/i w ostatnim czasie długotrwałe (>12 miesięcy) objawy ze strony układu oddechowego? Jeśli tak, proszę zaznaczyć jakie:

- Nie dotyczy
- Duszność
- Kaszel suchy
- Kaszel z odksztuszeniem
- Świszczący oddech

## 2. Czy choruje Pan/i na choroby układu oddechowego:

- Astma
- Przewlekłe zapalenie oskrzeli
- POChP
- Częste infekcje układu oddechowego

## 3. Czy ma Pan/i protezę zębów?

- Tak
- Nie

## 4. Czy pali Pan/i papierosy?

- Tak (ile sztuk dzień nie?) .....
- Nie

## 5. Czy przyjmuje Pan/i leki wziewne?

- Tak (jakie?) .....

## 6. Czy dzisiaj przyjął/ęła Pan/i leki wziewne?

- Tak (jakie?) .....
- Nie

## 7. Czy jest Pani w ciąży? (Tylko dla kobiet).

- Tak
- Nie

# Spirometria - ankieta przed badaniem

## 8. Proszę zaznaczyć, jeśli dotyczą Pana/Pani poniższe schorzenia/procedury:

- Tętniaki aorty lub tętnic mózgowych
- Operację okulistyczną (np. operacja zaćmy, jaskry, inne)
- Zwiększone ciśnienie wewnątrzczaszkowe
- Odklejenie siatkówki
- Krwiopłucia o nieznannej etiologii
- Odma opłucnowa
- Świeży (do 6 tygodni) zawał mięśnia sercowego
- Świeży (do 6 tygodni) udar ośrodkowego układu nerwowego
- Operacje w obrębie uszu, noso-gardzieli
- Świeże operacje w obrębie żuchwy i szczęki
- Nudności, wymioty, stały kaszel, ostra infekcja
- Dolegliwości bólowe po operacji w zakresie jamy brzusznej lub klatki piersiowej, utrudniające pełny wdech i wydech w czasie badania

## Oświadczenie pielęgniarki

- Stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia badania spirometrycznego.
- Stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia badania spirometrycznego (punkty).

.....  
(miejsowość, data, godzina)

.....  
(podpis i pieczętka pielęgniarki)

## Potwierdzam zgodność i wyrażam zgodę na wykonanie badania

.....  
Data i podpis Pacjenta\*

 .....  
Data i podpis Pacjenta\*

.....  
Data i podpis Pacjenta\*