

Nazwisko i imię:

Data:

Kwestionariusz dla chorego na chorobę śródmiąższową płuc

(na podstawie kwestionariusza American College of Chest Physicians)

1. Jak często Pan/Pani kaszle? (proszę nie uwzględniać odchrząkiwania)

- wcale lub bardzo rzadko
- od czasu do czasu, ale nie stanowi to problemu
- przez większość dni w tygodniu
- bardzo często lub napady kaszlu zaburzają codzienną aktywność

2. Od jak dawna Pan/Pani kaszle? od miesięcy lub od lat; nie dotyczy

3. Czy kaszle Pan/Pani w nocy? TAK NIE

Jeśli kaszle Pan/Pani w nocy, czy kaszel Pana/Panią wybudza ze snu? TAK NIE

4. Podczas kaszlu:

- Nie odkrztusza Pan/Pani wydzieliny
- Odkrztusza Pan/Pani wydzielinę, jaka barwa?.....
- Odkrztusza Pan/Pani krew
- Nie dotyczy (nie kaszle Pan/Pani wcale)

5. Proszę o zaznaczenie jednej odpowiedzi, która opisuje sytuację, przy której pojawia się duszność:

0. Duszność występuje podczas istotnego wysiłku

1. Duszność występuje podczas szybkiego marszu po płaskim terenie lub wchodzeniu na niewielkie wzniesienia
2. Z powodu duszności chodzę wolniej po płaskim terenie niż rówieśnicy lub idąc we własnym tempie po płaskim terenie, muszę zatrzymać się, żeby odpocząć
3. Po przejściu ok. 100 m (lub po przejściu kilku minut) muszę się zatrzymać, żeby odpocząć
4. Jest mi tak duszno, że nie mogę opuścić domu lub ubieranie/rozbieranie się powoduje duszność.

6. Od kiedy występuje u Pana/Pani duszność?

7. Czy lekarz kiedykolwiek powiedział, że występuje u Pana/Pani:

	TAK	NIE
Choroby serca		
Niewydolność serca		
Nadciśnienie płucne		
Zakrzepica		
Przewlekłe choroby zatok		
Zapalenie płuc		
Zapalenie opłucnej		
Płyn w opłucnej		
Astma		
Gruźlica		
Cukrzyca		
Choroba tarczycy		
Udar mózgu		
Padaczka (epilepsja)		
Zapalenie oczu		
Mononukleozą		
Zapalenie wątroby typu B lub C		
Krwimocz		
Choroby nerek		
Kamica nerkowa		
Choroby stawów		
Choroby skóry		

8. Czy zauważył Pan/Pani którykolwiek z poniższych objawów:

	TAK	NIE
Utrata masy ciała (ile kg? w jakim czasie?)		
Trudności w przełykaniu		
Zgaga		
Suchość oczu lub w ustach		
Wysypka lub zmiany na skórze		
Obrzęk stóp lub nóg		
Nadwrażliwość na światło		
Łatwe tworzenie się siniaków		
Owrodzenia dłoni		
Owrodzenia jamy ustnej		
Ból w klatce piersiowej		
Bóle, obrzęk stawów		

9. Czy kiedykolwiek Pan/Pani palił(a), wdychał(a) lub wstrzykiwał(a) używki/środki odurzające? (obejmuje: „narkotyki uliczne”, rozkruszone tabletki i proszki, dopalacze. Nie obejmuje leków wziewnych wypisywanych na receptę).

TAK jakie?; NIE

10. Czy Pan/Pani w swoim życiu wypalił(a) 5 lub więcej paczek papierosów TAK NIE

Jeśli tak,

czy teraz Pan/Pani pali? TAK NIE
w którym roku życia zaczął Pan/zacząła Pani palić?roku życia
ile papierosów pali/palił(a) Pan/Pani dziennie?papierosów
Jeśli teraz Pan/Pani nie pali:
W którym roku życia rzucił(a) Pan/Pani palenie?roku życia

11. Czy u Pana/Pani rodziny (dziadkowie, rodzice, rodzeństwo, ciotki, wujkowie, kuzyni lub dzieci) rozpoznano:

Rozedmnę lub przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) TAK NIE
Astmę TAK NIE
Sarkoidozę TAK NIE
Mukowiscydozę TAK NIE
Włóknienie płuc TAK NIE
Alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych (AZPP) TAK NIE

12. Czy w ciągu ostatnich 10 lat mieszkał Pan/Pani w starym budownictwie? TAK NIE

13. Czy obecnie lub w przeszłości w Pana/Pani domu lub miejscu pracy był/była:

Nawilżacz powietrza TAK NIE
Klimatyzacja TAK NIE
Sauna TAK NIE
Wanna z hydromasażem TAK NIE
Problemy ze szczelnością kanalizacji TAK NIE
Pleśń TAK NIE
Zwierzęta TAK (jakie?)..... NIE
Ptaki w domu lub w sąsiedztwie TAK NIE
(obejmuje gołębie, papugi, kury, kaczki, gęsi, bażanty)

14. Czy kiedykolwiek miał/miała Pan/Pani wykonane zdjęcie rentgenowskie (RTG) lub tomografię komputerową (TK) klatki piersiowej? TAK NIE

Jeśli tak, proszę wpisać datę pierwszego i najbardziej aktualnego badania:

Najstarsze RTG rok czy ma Pan/Pani wynik TAK NIE
Ostatnie RTG rok czy ma Pan/Pani wynik TAK NIE
Najstarsza TK rok czy ma Pan/Pani wynik TAK NIE
Ostatnia TK rok czy ma Pan/Pani wynik TAK NIE

15. Gdzie Pan/Pani mieszkał/mieszkała dotychczas (proszę wymienić miejscowości, w których Pan/Pani przebywał/przebywała przez co najmniej 6 miesięcy)?

.....
.....
.....

Czy mieszkał/mieszkała Pan/Pani zagranicą (proszę wymienić kraje)?

.....
.....

16. Czy w miejscu zamieszkania lub w pracy był(a) Pan/Pani narażony(a) na duże ilości pyłu lub dymu? TAK NIE

17. Narażenie zawodowe:

Zawód	Okres pracy (lata)	Rodzaj narażenia wziewnego (pył, metal, lakiery, drobne cząstki, itp.)

18. Czy pracował(a) Pan/Pani jako: (proszę zaznaczyć wszystkie, których dotyczy)

Rolnik Malarz Mechanik samochodowy Spawacz Stolarz

Pracownik budowlany (piaskowanie, szlifierka, montaż rur, izolacja budynków itp.)

Pracownik laboratorium Pracownik sadu/winnicy Robotnik portowy

19. Czy pracował Pan/Pani w: (proszę zaznaczyć wszystkie, których dotyczy)

Kopalni Kamieniołomie Przetwórstwie drewna/ścieralni Piekarni/cukierni

Fabryce tworzyw sztucznych Odlewni Na kolei Fabryce papieru

Hucie Przy budowie tuneli

20. Czy był Pan/Pani kiedykolwiek narażony w pracy/domu/innym miejscu na kontakt z poniższymi?

Zwierzęta i rolnictwo		Metal/skały		Produkcja lub przetwórstwo roślin/żywności		Różne		Specjalistyczne	
Ptaki		Beryl		Ser		Bawełna		Korek	
Pióra		Kobalt		Kora klonu		Drewno		Detergenty (izocyjaniany)	
Mączka rybna		Cyna		Pszemica		Przemysłowe środki czystości		Garncarstwo	
Środki owadobójcze		Tlenek żelaza		Przetwórstwo kawy/herbaty		Oleiste krople do nosa		Talk	
Nawozy		Aluminium		Grzyby				Farby	
		Mika		Olej				Cement	
		Krzemionka		Trzcina cukrowa				Rury	
		Azbest, eternit		Słód				Hamulce	
		Węgiel		Mięso				Płytki ceramiczne	

21. Proszę o wypisanie wszystkich pozostałych czynników, na które był(a) Pan/Pani narażony(a), i które według Pana/Pani mogą być związane z chorobą płuc:

.....

22. Czy kiedykolwiek u Pana/Pani rozpoznano:

- Odmę opłucnową (spadnięte płuco) TAK NIE
- Zaburzenia krzepnięcia/ nadmierne krwawienie TAK NIE
- Zapalenie naczyń TAK NIE
- Objaw Raynauda (bolesność i zasinienie palców przy ekspozycji na zimno) TAK NIE
- Choroby reumatologiczne (reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), toczeń układowy, twardzina, mieszana choroba tkanki łącznej, zespół Sjogrena, ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (Wegenera), zapalenie wielomięśniowe, zapalenie skórno-mięśniowe, choroba Behceta, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa) (*podkreślić właściwe*) TAK NIE
- Choroby zapalne jelit (m.in. choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego), pierwotna marskość żółciowa wątroby, celiakia, choroba Whipple'a (*podkreślić właściwe*) TAK NIE

23. Czy kiedykolwiek przyjmował Pan/Pani następujące leki (zaznacz, jeśli tak):

Leczenie immunosupresyjne:

- azatiopryna (np. Imuran)
- chlorambucil (np. Leukeran)
- kolchicyna (np. Colchican, Colchicine)
- sole złota
- interferon (np. Roferon, Avonex, Rebif)
- metotreksat (np. Ebetrexat, Metex, Methotrexat, Metotab, Trexan)
- penicylamina (np. Cuprenil)
- prednizon i inne (np. Encorton, Encortolon, Metypred, Medrol, Dexamethazon)

Leczenie zakażeń (antybiotyki i inne):

- cefalosporyny (np. Bioracef, Cefaclor, Zinnat, Ceftriaxon)
- izoniazyd (np. Nidrazid)
- makrolidy (np. Azimycin, Azitrolek, Macromax, Sumamed)
- minocyklina
- nitrofurantoina
- penicyliny (np. Oспен, Penicylum)
- sulfonamidy (np. Bactrim, Biseptol, Salazopyrin, Sulfasalazin)

Leczenie onkologiczne:

- busulfan (np. Busilvex, Myleran)
- bleomycyna (np. Bleomedac)
- cyklofosfamid (np. Endoxan)
- etopozyd (np. Etoposid)
- czynniki wzrostu granulocytów i makrofagów (GM-CSF) (np. Grastofil, Neupogen, Nivestim, Tevagrastim, Zarzio)
- mitomycyna (np. Mitomycin)
- nilutamid
- pochodne nitrozomocznika (np. Mustophoran)
- winblastyna (np. Vinblastin)
- radioterapia kiedy?.....; jaka okolica ciała była naświetlana?.....

Leczenie kardiologiczne:

- amiodaron (np. Amiokordin, Cordarone, Opacorden)
- kaptopryl (np. Captopril)
- hydralazyna
- hydrochlorotiazyd (np. Hydrochlorothiazidum)
- sotalol (np. Biosotal, SotaHEXAL)

Leczenie gastroenterologiczne:

- sulfasalazyna (np. Sulfasalazin)
- azulfidyna

Leczenie neurologiczne:

- bromokryptyna (np. Bromergon, Parlodel)
- karbamazepina (np. Amizepin, Finlepsin, Neurotop, Tegretol)
- fenytoina (np. Phenytoinum)
- tryptofan

Inne:

- fenfluramina / deksfluramina
- przeciwleukotrienowe (np. Asmenol, Astmodil, Milukante, Monkasta, Montelukast, Orilukast, Promonta, Romilast, Singulair, Symlukast)
- przeciwtarczycowe: propylotiouracyl (np. Thyrosan)
- terapia BCG (wlewki do pęcherza moczowego)

Proszę wymienić wszystkie choroby rozpoznano u Pani/Pana i podać przybliżony czas jej trwania?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Proszę wymienić wszystkie leki przyjmowane przez Panią/Pana na stałe lub często stosowane:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pytania dotyczące zakażenia wirusem SARS-CoV2 (COVID 19)

Czy kiedykolwiek potwierdzono u Pani/Pana COVID ? TAK NIE

Kiedy ? Proszę wymień wszystkie, jeżeli było > 1 raz.

.....

Czy wymagane było stosowanie tlenu ? TAK NIE

Czy konieczna była hospitalizacja ? Kiedy ? TAK NIE

.....

Czy początek objawów oddechowych wiąże Pani/Pan z przechorowaniem COVID 19 ? TAK NIE

Rozszerzenie wywiadów pod kątem narażenia na antygeny wziewne (HP):

PTAKI (pióra, odchody)

1. Czy masz bezpośredni lub pośredni kontakt z ptactwem – różnym (np. hodowla, myślistwo, dokarmianie, skubanie, fotografowanie) ? TAK NIE
2. Czy czyścisz parapety, balkony, klatki, trawniki z ptasich odchodów, piór ? TAK NIE
3. Czy używasz poduszek, kołder z pierzem, kurtek puchowych, masz pióra w domu? TAK NIE
4. Czy na poddaszu, strychu są gniazda ptasie ? TAK NIE

WODA

1. Czy mieszkasz w domu do remontu (zawilgocone ściany, zagrzybienie, zła wentylacja, stare dywany) ? TAK NIE
2. Czy miałeś zalany dom (piwnica, pokoje, strych), czy widziałeś zacieki przy zlewie? TAK NIE
3. Czy korzystasz z klimatyzacji, nawilżaczy powietrza w domu, pracy samochodzie? TAK NIE
4. Czy regularnie pływasz na basenie (konserwujesz basen), korzystasz z jacuzzi, gorących kąpielni w wannie, łaźni parowej, sauny, fontann ogrodowych? TAK NIE

ZIEMIA

1. Czy masz kontakt w pracy lub hobbistycznie z kompostem, torfem, sianem, słomą? TAK NIE
2. Czy hodujesz rośliny szklarniowe, grzyby, owoce? TAK NIE
3. Czy pracujesz w winnicy, przy oprysku lub zbiorze winogron, na plantacji tytoniu? TAK NIE
4. Czy wywozisz i sortujesz śmieci? TAK NIE

ZAPYLENIE

1. Czy w pracy lub podczas zajęć hobbistycznych jesteś narażony na pył drzewny, trociny, wióry, lakiery i farby w sprayu w tym do włosów? TAK NIE
2. Czy pracujesz w przemyśle rolnym- spożywczym (wędzarnie, wytwórnie serów), przy hodowli zwierząt czy laboratorium? TAK NIE
3. Czy w pracy lub podczas zajęć hobbistycznych masz kontakt z płynami chłodzącymi tokarki, wiertarki, szlifierki? TAK NIE
4. Czy jesteś narażony na kontakt z metalami, substancjami chemicznymi, nawozami ? TAK NIE
(jakimi ?)