

KRONİK SOLUNUM YOLU VE ALERJİK HASTALIKLAR EK BİLGİ FORMU

1- AŞAĞIDAKİ HASTALIK VEYA HASTALIKLARDAN HANGİLERİ TEŞHİS EDİLDİ?

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reaktif Hava Yolu, Bronş Hiperreaktivitesi, Alerjik Bronşit | <input type="checkbox"/> Amfizem |
| <input type="checkbox"/> Saman Nezlesi | <input type="checkbox"/> Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı |
| <input type="checkbox"/> Astım Bronşiale-Alerjik Astım | <input type="checkbox"/> İnterstisyel Akciğer Hastalığı |
| <input type="checkbox"/> Bronşiektazi | <input type="checkbox"/> Alerjik / Vazomotor Rinit |

2- YUKARIDAKİ HASTALIK YA DA HASTALIKLAR İLK NE ZAMAN VE NASIL TEŞHİS EDİLDİ?

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yıl Ay önce |
| <input type="checkbox"/> Şikâyetler nedeniyle doktor başvurusu/muayene sırasında |
| <input type="checkbox"/> Hastaneye acil başvuru/yatışta |
| <input type="checkbox"/> Diğer |

3- EN SON NE ZAMAN 'ATAK (KRİZ)' GEÇİRDİNİZ? HANGİ SIKLIKTA KRİZ GEÇİRMEKTESİNİZ?

- | |
|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Son atak tarihi: / / |
| <input type="checkbox"/> Ayda kez |
| <input type="checkbox"/> Yılda kez |

4- İLGİLİ HASTALIK YA DA HASTALIKLAR NEDENİ İLE HASTANEYE YATMANIZ GEREKTİ Mİ?

- | |
|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Evet (ise lütfen açıklayınız) |
| <input type="checkbox"/> Hayır |

5- İLGİLİ HASTALIK YA DA HASTALIKLAR İÇİN TEDAVİ GÖRDÜNÜZ MÜ? HALEN TEDAVİ GÖRÜYOR MUSUNUZ?

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Evet (lütfen kullanılan ilaç ve dozunu açıklayınız) | |
| <input type="checkbox"/> Hayır | |

6- TEDAVİNİZDE 'KORTİZON' İÇEREN İLAÇ (AĞIZDAN VEYA SPREY) KULLANDINIZ MI?

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Evet (lütfen süresini ve dozunu açıklayınız) | |
| <input type="checkbox"/> Hayır | |

7- TEDAVİNİZE VE DOKTOR KONTROLLERİNİZE DÜZENLİ OLARAK DEVAM EDİYOR MUSUNUZ?

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Evet (Takip eden ya da en son başvurduğunuz doktorun adı ve soyadı) | |
| <input type="checkbox"/> Hayır | |

8- İLGİLİ HASTALIK YA DA HASTALIKLAR İLE İLGİLİ DOKTORUNUZ TARAFINDAN AŞI PROGRAMINA ALINDINIZ MI?

- | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Evet (ise lütfen açıklayınız) | Grip Aşısı / Pnömonokok Aşısı / Alerji Aşısı |
| <input type="checkbox"/> Hayır | |

9- İLGİLİ HASTALIKLARIN KONTROLÜ İÇİN 'SOLUNUM FONKSİYON TESTİ, BT, ALERJİ TESTİ VB.TETKİKLER' YAPILDI

Evet (ise raporu ekleyiniz)

Hayır

10- SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ?

Evet

..... adet / gün

Hayır

Beyan Sahibinin :

Adı Soyadı:

Tarih:

Teklif No:

İmza: