

# ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗΣ ΡΙΝΙΤΙΔΑΣ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλείστε να σημειώσετε με X (  ).

Εξαιτίας της (των) αναπνευστικής(-ων) σας ασθένειας (-ειών)/ της (των) αλλεργίας (-ών) (άσθμα/ρινίτιδα/αλλεργία)

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσες φορές είχατε, κατά μέσο όρο:	Ποτέ	1 ή 2 ημέρες Την εβδομάδα	Περισσότερο από 2 ημέρες την εβδομάδα	Σχεδόν κάθε ημέρα
1. Βουλωμένη μύτη?	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
2. Φτερνίσματα;	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
3. Φαγούρα στη μύτη;	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
4. Καταρροή/μύτη που τρέχει?	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
5. Έλλειψη αέρα/δύσπνοια;	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
6. Σφύριγμα στο στήθος/συρίττουσα αναπνοή;	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
7. Σφήξιμο στο στήθος κατά την καταβολή φυσικής προσπάθειας;	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
8. Κούραση / δυσκολία να προβείτε στις δραστηριότητές σας ή τις καθημερινές σας ασχολίες;	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>
9. Ξυπνήσατε κατά τη διάρκεια της νύχτας;	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, εξαιτίας (των) αναπνευστικής(-ων) σας ασθένειας (-ειών)/ της (των) αλλεργίας (-ών) (άσθμα/ρινίτιδα/αλλεργία), πόσες φορές χρειάστηκε να:	Δεν παίρνω φάρμακα	Ποτέ	Λιγότερες από 7 ημέρες	7 ημέρες ή περισσότερες
10. Αυξήσατε τη χρήση των φαρμάκων σας;	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>0</sup>