

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"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
2. Φτερνίσματα;	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
3. Φαγούρα στη μύτη;	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
4. Καταρροή/μύτη που τρέχει?	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
5. Έλλειψη αέρα/δύσπνοια;	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
6. Σφύριγμα στο στήθος/συρίττουσα αναπνοή;	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
7. Σφήξιμο στο στήθος κατά την καταβολή φυσικής προσπάθειας;	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
8. Κούραση / δυσκολία να προβείτε στις δραστηριότητές σας ή τις καθημερινές σας ασχολίες;	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰
9. Ξυπνήσατε κατά τη διάρκεια της νύχτας;	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ⁰

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"/> ³	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ⁰