

KRONİK SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI EK BİLGİ FORMU

1) Aşağıdaki hastalık veya hastalıklardan hangileri teşhis edildi?

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

2) Yukarıdaki hastalık ya da hastalıklar ilk ne zaman ve nasıl teşhis edildi?

.... yıl / ay önce :

- Şikayetler nedeniyle doktor başvurusu/muayene sırasında
 Hastaneye acil başvuru/yatışta
 Diğer

3) En son ne zaman 'Atak (Kriz)' geçirdiniz? Hangi sıklıkta kriz geçirmenizdir?

- .././.... (son atak tarihi)
 Yılda Kez
 Ayda kez

4) İlgili hastalık ya da hastalıklar nedeni ile hastaneye yatmanız gerekti mi?

- Evet (lütfen açıklayınız) Hayır

5) İlgili hastalık ya da hastalıklar için tedavi gördünüz mü? Halen tedavi görüyor musunuz?

- Evet (lütfen kullanılan ilaç ve dozunu açıklayınız) Hayır

6) Tedavinizde 'Kortizon' içeren ilaç (ağızdan veya sprey) kullandınız mı?

- Evet (lütfen süresini ve dozunu açıklayınız) Hayır

7) Tedavinize ve doktor kontrollerinize düzenli olarak devam ediyor musunuz?

- Evet Hayır (lütfen açıklayınız)

Takip eden ya da en son başvurduğunuz doktorun adı ve soyadı:

8) İlgili hastalık ya da hastalıklar ile ilgili doktorunuz tarafından aşı programına alındınız mı?

- Evet (lütfen açıklayınız) Hayır
Grip Aşısı / Pnömonokok Aşısı / Allerji Aşısı

9) İlgili hastalıkların kontrolü için 'Solunum Fonksiyon Testi, BT, Allerji Testi v.b.tetkikler' yapıldı mı?

- Evet (lütfen raporunu ekleyiniz) Hayır

Beyan Sahibi: Adı..... Soyadı:.....Öbf No:.....Tarih:.././...

İmza:.....