**Анкетирование: Рискуете ли Вы заболеть**

**бронхиальной астмой?**

Ваш возраст?

Ваш пол?

Указание личных данных по желанию анкетируемого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Вопросы** | **Ответы**  **(да/нет)** |
| 1.. | Есть ли у Вас родственники, страдающие бронхиальной астмой? | (да/нет) |
| 2. | Число больных родственников больше двух? | (да/нет) |
| 3. | Подверженность риска к респираторным инфекциям (болеет2 и более раз в году) | (да/нет) |
| 4. | Страдаете ли вазомоторным ринитом? | (да/нет) |
| 5. | Страдаете ли Вы: атопическим дерматитом,  экземой, крапивницей другими аллергическими синдромами ? | (да/нет) |
| 6. | Страдаете ли Вы: заболеваниями желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь и т.д.) или печени | (да/нет) |
| 7. | Имеется ли у Вас аллергия на:пыльцу растений,  домашнюю пыль? | (да/нет) |
| 8 | . Имеете ли Вы пищевую аллергию? | (да/нет) |
| 9. | Имеется ли у Вас аллергия на антибиотики? | (да/нет) |
| 10. | Имеется ли у Вас аллергия на анальгетики или аспирин? | (да/нет) |
| 11. | Имеете ли Вы профессиональные вредности?. | (да/нет) |
| 15. | Вы курите? | (да/нет) |

КОД:

Каждый ответ «Да» дает 1 балл.

Если у Вас имеется 5 и более баллов, у Вас имеется риск к заболеванию .

бронхиальной астмой

Вам необходимо обратиться в лечебно-профилактическое учреждение для прохождения профилактического обследования.

**Оценка результата:**

Количество опрошенных всего –

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | До 5 баллов | Более 5 баллов | % |
| мужчин |  |  |  |
| женщин |  |  |  |