**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 –

| Из них: |  | Кол-во лиц имеющих  5 и более баллов | % |
| --- | --- | --- | --- |
| мужчин |  |  |  |
| женщин |  |  |  |