

Anexo 1. Questionário respiratório.

Questionário Respiratório

Nome: _____ Data: ____/____/____
Prontuário: _____ Idade: _____ Data de nasc.: ____/____/____ Sexo: M () F ()
Telefone: () _____
Motivo do exame: _____

1 – TABAGISMO:

Você fuma ou fumou cigarros? Sim () Não ()
Há quanto tempo fumou o último cigarro? _____.
Com que idade começou a fumar regularmente? Aos _____ anos.
Caso você tenha parado de fumar totalmente, há quanto tempo você parou? Há _____.
Quantos cigarros, desde que começou a fumar, você tem fumado por dia? _____.
(Deixe em branco)-Cálculo dos maços-ano _____

2 – SINTOMAS:

Você tem tossido mais nos últimos anos? Sim () Não ()
Você habitualmente tosse ou tem pigarro pela manhã? Sim () Não ()
Você habitualmente elimina catarro? Sim () Não ()
Na média, quanto de catarro você elimina na maior parte dos dias: nenhum ou menos de uma colher de sopa por dia () 1 colher ou mais de sopa ao dia (....)

Seu peito chia com frequência? Sim () Não ()
Já teve dois ou mais ataques de chiado aliviados com inalação? Sim () Não ()
O chiado melhora com algum remédio? Sim () Não ()
Há quanto tempo usou o broncodilatador pela última vez? _____.

• Você tem falta de ar:

Você tem tido mais falta de ar nos últimos anos? Sim () Não ()
Grau 0 (Esperada) – Com atividades extraordinárias, tais como correr, carregar cargas pesadas no plano ou cargas leves subindo escadas? Sim () Não ()

Grau 1 (Leve) – Com atividades maiores, tais como subir ladeira muito inclinada, subir 2 ou mais andares ou carregando pacotes pesados de compras no plano? Sim () Não ()

Grau 2 (Moderada) – Com atividades moderadas, tais como subir 1 andar, caminhar depressa no plano, ou carregar cargas leves no plano? Sim () Não ()

Grau 3 (Acentuada) – Com atividades leves, tais como tomar banho ou andar uma quadra em passo regular? Sim () Não ()

Grau 4 (Muito Acentuada) – Em repouso, para se vestir ou caminhar poucos passos devagar? Sim () Não ()

• Doenças pulmonares:

Já teve alguma doença pulmonar? Sim () Não ()
Qual(is)? _____.
Tem ou teve asma ou bronquite? Sim () Não ()
Toma atualmente algum remédio para asma ou bronquite? Sim () Não ()
Qual(is)? _____.
Já se submeteu a alguma cirurgia no tórax ou no pulmão? Sim () Não ()
Já precisou respirar por aparelho alguma vez? Sim () Não ()

• Outras doenças:

Cardíacas? Sim () Não () Qual(is)? _____.
Tem hipertensão arterial? Sim () Não ()
Outras doenças com possível envolvimento pulmonar? Sim () Não ()

• História profissional:

Já trabalhou em lugar com poeira por um ano ou mais? Sim () Não ()
Especifique o trabalho: _____.