

pieczęć szkoły

Miejski Program Ochrony i Promocji Zdrowia  
„Zdrowy Kraków 2007-2009”  
Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej – Etap I

## ANKIETA dla młodzieży w wieku 16-17 lat

Nazwisko .....PESEL .....  
Imię.....KLASA.....  
Rok urodzenia.....  
Adres.....tel. ....

prawidłową odpowiedź zakreślić znakiem X

### CZĘŚĆ I

#### 1. Czy występują/występowały u Ciebie?:

Katar całoroczny lub sezonowy Tak [ ] Nie [ ]

Zapalenia spojówek Tak [ ] Nie [ ]

Napady duszności, kaszlu, świszczącego oddechu Tak [ ] Nie [ ]

Zmiany skórne [wyprysk, pokrzywki, obrzęki] Tak [ ] Nie [ ]

2. Czy jesteś uczulony na coś? ..... Tak [ ] Nie [ ]

Jeśli tak to na co :.....

3. Czy w dzieciństwie miałeś alergiczne zmiany skórne? Tak [ ] Nie [ ]

4. Czy w dzieciństwie miałeś nawracające zapalenia oskrzeli z napadami kaszlu /świstami,dusznością? Tak [ ] Nie [ ]

5. Czy jesteś / byłeś leczony w Poradni Alergologicznej? Tak [ ] Nie [ ]

Jeśli tak to podaj adres Poradni .....

6. W jakiej odległości mieszkasz od drogi o dużym natężeniu ruchu samochodowego?

< 200 m [ ] 200-500 m [ ] > 500 m [ ]

JEŻELI NA WSZYSKIE PYTANIA ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ NIE TO ZAKOŃCZ  
WYPEŁNIANIE ANKIETY

JEŻELI PRZYNAJMNIEJ NA JEDNO PYTANIE ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ TAK TO  
WYPEŁNIJ CZĘŚĆ II ANKIETY

*Po wyrażeniu pisemnej zgody rodzica lub opiekuna zaproponowane będą nieodpłatnie badania alergologiczne [ testy skórne, testy z krwi] oraz konsultacja specjalisty alergologa*

data .....

wyrażam zgodę :

.....  
podpis Matki lub Ojca, Opiekuna

## CZĘŚĆ II A

### Kwestionariusz dla młodzieży w wieku 16-17 lat ze świszczącym oddechem

1. Czy kiedykolwiek w przeszłości wystąpił u Ciebie świszczący oddech lub świsty w klatce piersiowej?

Tak [ ]      Nie [ ]

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” PRZEJDŹ DO PYTANIA 6

2. Czy w ostatnich 12 miesiącach występował u Ciebie świszczący oddech lub świsty w klatce piersiowej?

Tak [ ]      Nie [ ]

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” PRZEJDŹ DO PYTANIA 6

3. Ile ataków świszczącego oddechu miałeś/aś w ostatnich 12 miesiącach?

Żadnego [ ]    1 do 3 [ ]    4 do 12 [ ]    Więcej niż 12 [ ]

4. Jak często (średnio) Twój sen został przerwany przez świszczący oddech w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

Nigdy [ ]    Mniej niż jeden raz w tygodniu [ ]  
Jeden lub więcej razy w tygodniu [ ]

5. Czy w ostatnich 12 miesiącach którykolwiek atak świszczącego oddechu był na tyle uciążliwy, że utrudniał mowę i pozwalał na powiedzenie jednego, dwóch słów pomiędzy oddechami?

Tak [ ]      Nie [ ]

6. Czy kiedykolwiek miałeś/aś astmę?

Tak [ ]      Nie [ ]

7. Czy w ostatnich 12 miesiącach, po lub w trakcie wysiłku fizycznego miałeś/aś świszczący oddech?

Tak [ ]      Nie [ ]

8. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpił u Ciebie suchy kaszel w nocy, nie związany z przeziębieniem?

Tak [ ]      Nie [ ]

## CZĘŚĆ II B

### Kwestionariusz dla młodzieży w wieku 16-17 lat z **katarem**

Wszystkie pytania dotyczą kataru nie związanego z przeziębieniem lub grypą

1. Czy kiedykolwiek w przeszłości miałeś/aś problem z kichaniem, lub wydzieliną z nosa lub z zatkanie nosa, Z WYŁĄCZENIEM przeziębienia lub grypy?

Tak [ ]      Nie [ ]

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” PRZEJDŹ DO PYTANIA 6

2. Czy w ostatnich 12 miesiącach miałeś/aś problem z kichaniem, lub wydzieliną z nosa lub z zatkanie nosa Z WYŁĄCZENIEM przeziębienia lub grypy?

Tak [ ]      Nie [ ]

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” ” PRZEJDŹ DO PYTANIA 6

3. Czy w ostatnich 12 miesiącach objawom ze strony nosa towarzyszyło łzawienie i świąd oczu?

Tak [ ]      Nie [ ]

4. W którym z ostatnich 12 miesięcy występowały objawy ze strony nosa?  
(zaznacz właściwy):

styczeń [ ]    luty [ ]    marzec [ ]    kwiecień [ ]    maj [ ]    czerwiec [ ]  
lipiec [ ]    sierpień [ ]    wrzesień [ ]    październik [ ]    listopad [ ]  
grudzień [ ]

5. Czy w ostatnich 12 miesiącach i w jakim stopniu objawy nosowe zaburzały Twoją aktywność w ciągu dnia?

wcale [ ]      mało [ ]      średnio [ ]      dużo [ ]

6. Czy kiedykolwiek miałeś/aś katar sienny?

Tak [ ]      Nie [ ]

## CZĘŚĆ II C

### Kwestionariusz dla młodzieży w wieku 16-17 lat z **wypryskiem atopowym**

1. Czy kiedykolwiek w przeszłości miałeś/aś swędzącą wysypkę, która naprzemiennie pojawiała się i zanikała, przez co najmniej 6 miesięcy?

Tak [ ] Nie [ ]

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” PRZEJDŹ DO PYTANIA 6

2. Czy miałeś/aś tę przemijającą swędzącą wysypkę kiedykolwiek w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

Tak [ ] Nie [ ]

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” PRZEJDŹ DO PYTANIA 6

3. Czy ta swędząca wysypka występowała w następujących miejscach:  
w zgięciach łokciowych, pod kolanami, w okolicach kostek, na pośladkach, wokół szyi,  
uszu lub oczu?

Tak [ ] Nie [ ]

4. Czy wysypka ustępowała całkowicie w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

Tak [ ] Nie [ ]

5. Jak często (średnio) w ostatnich 12 miesiącach budziłeś/aś się z powodu tej swędzącej wysypki?

Nigdy [ ] Mniej niż raz w tygodniu [ ] Raz lub więcej w tygodniu [ ]

6. Czy kiedykolwiek miałeś/aś wyprysk, egzemę, alergiczne zapalenie skóry?

Tak [ ] Nie [ ]

## CZĘŚĆ II D

### Kwestionariusz dla młodzieży w wieku 16-17 lat z **alergią kontaktową**

1. Czy nosisz/nosiłaś sztuczną biżuterię (kolczyki, klipsy, łańcuszki, bransoletki wykonane z metali innych niż złoto, srebro, platyna)?

Nie [ ] Tak [ ] od ..... roku życia

2. Jak często nosisz sztuczną biżuterię?

codziennie lub prawie codziennie [ ] od czasu do czasu [ ] prawie nigdy lub nigdy [ ]

3. Czy przekłułeś/aś uszy lub inną część ciała?

Nie [ ] Tak [ ] w ..... roku życia

4. Czy masz tatuaż trwały (tj. wykonany za pomocą igły)?

Nie [ ] Tak [ ] od ..... roku życia

5. Czy masz/lub kiedykolwiek miałeś tatuaż czasowy (tj. malowany na skórze)?

Tak [ ] Nie [ ]

6. Czy nosisz lub nosiłeś aparat ortodontyczny (prostujący zęby)?

Nie [ ] Tak [ ] aparat założono w ..... roku życia

7. Jak często stosujesz kosmetyki (kremy pielęgnacyjne, perfumy, makijaż)?

codziennie lub prawie codziennie [ ] od czasu do czasu [ ] prawie nigdy lub nigdy [ ]

8. Czy zdarzyło Ci się farbować włosy?

Nie [ ] Tak [ ], po raz pierwszy w ..... roku życia

9. Czy zauważyłaś/eś, że kontakt z określonymi substancjami lub przedmiotami powoduje wyprysk (swędzącą wysypkę) na skórze?

Nie [ ] Tak [ ], kontakt z (podkreśl właściwe): metalami, kosmetykami, lekami,  
gumą, innymi (wymień).....

10. Czy masz taką swędzącą wysypkę TERAZ?

Tak [ ] Nie [ ]

12. Czy miałeś taką swędzącą wysypkę w ciągu ostatniego roku?

Tak [ ] Nie [ ]

13. Czy miałeś taką swędzącą wysypkę dawniej niż przed rokiem?

Tak [ ] Nie [ ]