

## Упитник за откривање хроничних болести органа за дисање

1. Да ли сте било када у последњих 12 месеци осетили звиждање или свирање у грудима? ДА НЕ
2. Да ли сте тешко дисали када Вам је звиждало или свирало у грудима? ДА НЕ
3. Да ли сте осећали звиждање или свирање у грудима када нисте били прехлађени? ДА НЕ
4. Да ли сте било када током последњих 12 месеци осећали тескобу у грудима при буђењу ујутру? ДА НЕ
5. Да ли Вас је било када у последњих 12 месеци пробудио напад отежаног дисања? ДА НЕ
6. Да ли Вас је било када у последњих 12 месеци пробудио напад кашља? ДА НЕ
7. Да ли сте у последњих 12 месеци имали напад астме? ДА НЕ
8. Да ли користите неке лекове за астму (укључујући пумпицу, апарат за инхалацију, или таблете)? ДА НЕ
9. Да ли патите од алергијске кијавице укључујући поленску кијавицу? ДА НЕ
10. Да ли сте у последњих неколико година имали кашаљ који је трајао дуже време? ДА НЕ
11. Да ли обично кашљете ујутро? ДА НЕ
12. Да ли обично искашљавате? ДА НЕ
13. Да ли пушите (одговор је ДА, чак иако пушите само неколико цигарета или лула недељно, или ако сте престали да пушите у последњих годину дана)? ДА НЕ
14. Да ли сте бивши пушач (престали сте да пушите пре више од годину дана)? ДА НЕ