

## ASTİM FORMU

Adı soyadı	.....	
TC kimlik no	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) <b>TC No girildiğinde bu form hangi merkezde doldurulmuş olursa olsun tüm hekimler tarafından görülecek. Her rapor yenilemede (önceki formlar saklı kalarak) tekrar doldurulması istenecek</b>	
Kaçıncı giriş olduğu	..... Tamamlanmış yeni girişte sistem otomatik olarak verecek.	
Cinsiyeti	( ) Kadın ( ) Erkek	
Mesleği	.....	
Yaşadığı yer	( ) İl merkezi ( ) İlçe merkezi ( ) Belde ( ) Köy ( ) Mezra ( ) Diğer. Açıklayınız:.....	
Sağlık kurumunun adı	.....	
Arşiv ve protokol numarası	Arşiv no: ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) Protokol no: ( ) ( ) ( ) ( )	
Dr diploma tescil no	( ) ( ) ( ) ( ) ( )	
Dr uzmanlık dalı	( ) Göğüs hastalıkları uzmanı ( ) Aile hekimi ( ) Aile hekimliği uzmanı ( ) Pratisyen hekim ( ) İç hastalıkları uzmanı ( ) Allerji ve İmmunoloji uzmanı ( ) Çocuk hastalıkları uzmanı ( ) Diğer. Açıklayınız:.....	
Tanı ICD kodu	..... (M)( ) ( ) .( ) ( )	
Hastalık süresi (yıl/ay)	Tanı tarihi (ay/yıl):...../..... Hastalık süresi (yıl/ay): .....yıl/.....ay	
Sigara alışkanlığı	( ) Hiç içmemiş ( )..... yıl, günde..... adet içmiş, ..... yıldır bırakmış. ( )..... yıldır, günde..... adet içiyor. ( ) Pasif içici	
Atopi varlığı	( ) Bakılmamış ( ) Atopik ( ) Atopik Değil	Atopik ise duyarlı olduğu antijenler: ..... .....
Eşlik eden astımla ilişkili durumlar	( ) Rinosinüzit	( ) Nazal polip ( ) Analjezik intoleransı

Eşlik eden kronik hastalıkları	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> İskemik kalp hastalığı <input type="checkbox"/> Kalp yetmezliği <input type="checkbox"/> Kalp kapak hastalıkları <input type="checkbox"/> Diyabet <input type="checkbox"/> Peptik ulkus <input type="checkbox"/> Gastroözefageal reflü <input type="checkbox"/> Anemi <input type="checkbox"/> Kollajen doku hastalığı <input type="checkbox"/> Osteoporoz <input type="checkbox"/> Osteoartrit	<input type="checkbox"/> Serebrovasküler hastalık <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Kronik karaciğer hastalığı <input type="checkbox"/> Böbrek yetmezliği <input type="checkbox"/> Hipo/hipertiroidi <input type="checkbox"/> Glokom <input type="checkbox"/> Katarakt <input type="checkbox"/> Anksiyete bozukluğu <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Diğer psikiyatrik bozukluklar <input type="checkbox"/> Diğer. Açıklayınız:.....
Başvuru nedeni	<input type="checkbox"/> İlk tanı <input type="checkbox"/> Kontrol <input type="checkbox"/> Hastalık alevlenmesi <input type="checkbox"/> Reçete için <input type="checkbox"/> İlaç yan etkisi <input type="checkbox"/> Kronik komplikasyon <input type="checkbox"/> Diğer. Açıklayınız:.....	
Hastalık kontrol ve ağırlık göstergeleri	Gündüz semptomları: ..../hafta Aktivite kısıtlanması: ( ) Var ( ) Yok Gece semptomları: ( ) Var ( ) Yok Rahatlattıcı ilaç gereksinimi: ..../hafta Son 1 yıldaki atak sayısı: ..... Son 1 yıldaki acil başvurusu:..... Astım Kontrol Testi ile 0-25 üzerinden kontrol skoru: Astım Kontrol ölçeği ile 0-6 üzerinden kontrol skoru: eNO:.....ppb      PEF değişkenliği: .....	
Solunum Fonksiyon Testi	FEV1:..... ml (%.....)      FVC:.....ml (%.....)      FEV1/FVC: %..... PEF:.....ml (%.....)      Bronkodilatöre Yanıt: %..... PD <sub>20</sub> Metakolin:	
<b>ASTİM İçin Geçmişte ve Halen Kullandığı ilaçlar</b>		
<input type="checkbox"/> İnhaler kısa etkili beta agonist	Aldığı süre: .... yıl, ....ay. Etken madde:.....	Günlük dozu:..... mg/gün
<input type="checkbox"/> İnhaler steroid	Aldığı süre: .... yıl, ....ay. Etken madde:.....	Günlük dozu:..... mg/gün
<input type="checkbox"/> İnhaler uzun etkili beta agonist	Aldığı süre: .... yıl, ....ay. Etken madde:.....	Günlük dozu:..... mg/gün
<input type="checkbox"/> Montelukast	Aldığı süre: .... yıl, ....ay. Etken madde:.....	Günlük dozu:..... mg/gün
<input type="checkbox"/> Zafirlukast	Aldığı süre: .... yıl, ....ay. Etken madde:.....	Günlük dozu:..... mg/gün
<input type="checkbox"/> Teofilin	Aldığı süre: .... yıl, ....ay. Etken madde:.....	Günlük dozu:..... mg/gün
<input type="checkbox"/> Oral Steroid	Aldığı süre: .... yıl, ....ay. Etken madde:.....	Günlük dozu:..... mg/gün
<input type="checkbox"/> Anti IgE	Aldığı süre: .... yıl, ....ay. Kullandığı doz:.....	
<input type="checkbox"/> Diğer	Etken madde:..... Aldığı süre: .... yıl, ....ay. Kullandığı doz:.....	

