



پرسشنامه آسم و آلرژی بزرگسالان
مرکز مطالعاتی کوهورت هویزه

نام و نام خانوادگی شرکت کننده: کد PCID:
تکمیل کننده پرسشنامه: تاریخ تکمیل پرسشنامه: / /

۱. آیا در ۱۲ ماه گذشته صدای خس خس یا سوت زدن در سینه خود داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی
- اگر بلی:
- ۱-۱ آیا صدای خس خس سینه شما همراه با تنگی نفس بوده است؟ ☐ خیر ☐ بلی
- ۱-۲ آیا صدای خس خس یا سوت زدن سینه را زمانی که سرما نخورده اید، داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی
۲. آیا در ۱۲ ماه گذشته به دلیل احساس فشردگی در قفسه سینه از خواب بیدار شده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی
۳. آیا در ۱۲ ماه گذشته در طول روز هنگامی که در حال استراحت هستید دچار حمله تنگی نفس شده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی
۴. آیا در ۱۲ ماه گذشته به دلیل حمله سرفه از خواب بیدار شده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی
۵. آیا در ۱۲ ماه گذشته حمله آسم داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی
۶. آیا اخیراً داروی خاصی مانند اسپری تنفسی، آئروسول یا قرص برای آسم استفاده کرده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی
۷. آیا شما مبتلا به بیماری آسم (تأیید شده توسط پزشک) هستید؟ ☐ خیر ☐ بلی
۸. آیا شما آلرژی (حساسیت) دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ داشته ام خوب شده ام ☐ نمیدانم
۹. آیا تا بحال هرگونه آلرژی بینی مانند تب یونجه داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی
۱۰. آیا تا بحال اگزما (ضایعه پوستی قرمز رنگ و خارش دار) یا هر نوع آلرژی پوستی داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی
۱۱. آیا اگزما در مناطق ذیل بوده است؟ (گودی آرنج، گودی پشت زانو، جلوی قوزک پا، گردن، گوش، چشم، باسن) ☐ خیر ☐ بلی
۱۲. کدامیک از مواد زیر باعث تحریک و شروع علائم؛ تنگی نفس، سرفه، عطسه، آبریزش بینی، خارش چشم، قرمزی چشم، کهیر در شما می شوند؟
- گرده گیاهان ☐ گیاه خشک شده ☐ گربه ☐ سگ ☐ پرند ☐ مواد آرایشی ☐ اسپری ☐ ادکلن ☐ حشره کش ☐
- دستکش لاستیکی ☐ فلز و جواهر ☐ گرد و غبار منزل ☐ آلودگی هوا ☐ تمرین ورزشی ☐ عصبی شدن ☐ هوای سرد ☐
- رطوبت ☐ کولر روشن ☐ جارو زدن ☐ هر ماده دیگری که فرد اظهار دارد (غذا، دارو، گیاه):
۱۳. واکنش شما به نیش حشرات (زنبر و ...) چگونه است؟ عادی ☐ غیر عادی ☐ نمی دانم ☐

فقط در صورتی که آلرژی دارید، این قسمت را پر کنید؟

۱۴. چند سال است علائم آلرژی دارید؟ سال
۱۵. مدت دوام علائم در هر حمله بروز آلرژی چقدر است؟ سال
۱۶. فصل بروز علائم: تمام سال ☐ فصل بهار ☐ تابستان ☐ پاییز ☐ زمستان ☐
۱۷. آیا آلرژی باعث اختلال در فعالیت روزانه می شود؟ ☐ بلی ☐ خیر
۱۸. بطور متوسط چند روز در سال به علت آلرژی مرخصی گرفته اید؟ روز ☐ نگرفته ام ☐
۱۹. آیا به علت آلرژی دچار اختلال خواب شده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر
۲۰. در چه زمانی علائم آلرژی در شما تشدید می شود؟ در شب ☐ روز ☐
۲۱. در چه مکانی علائم آلرژی در شما تشدید می شود؟ در خانه ☐ خارج خانه ☐ محل کار ☐
۲۲. کدامیک از داروهای زیر را استفاده کرده یا می کنید؟
- کورتن ☐ اسپری بینی ☐ قرصهای ضد آلرژی ☐ قطره چشمی ☐ قطره ضد آسم ☐ اسپری ضد آسم ☐ هیچکدام ☐
- ۲۲-۱ آخرین بار در چه تاریخی از این داروها استفاده کرده اید؟ ۲۲-۲ در موقع وجود علائم بیشتر از چه دارویی استفاده می کنید؟ ۲۲-۳ آیا مصرف داروها باعث بهبود علائم شما می شود؟ ☐ بلی ☐ خیر
۲۳. آیا تا به حال برای درمان آلرژی ایمونوتراپی شده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر



پرسشنامه آسم و آلرژی بزرگسالان
مرکز مطالعاتی کوهورت هوپزه

نام و نام خانوادگی شرکت کننده:
تکمیل کننده پرسشنامه:
کد PCID:
تاریخ تکمیل پرسشنامه: / /

۱. عمر ساختمان محل سکونت فعلی: سال
۲. مدت سکونت در محل سکونت فعلی: سال
۳. وجود نم در اتاقهای محل سکونت: زیاد ☐ کم ☐ ندارد ☐
۴. وجود آلودگی کپک در ساختمان محل سکونت: بلی ☐ خیر ☐
۵. وجود سوسک در ساختمان محل سکونت: زیاد ☐ کم ☐ ندارد ☐
۶. سیستم گرمایشی ساختمان: شوفاژ ☐ بخاری گازی ☐ بخاری هیزمی ☐ بخاری نفتی ☐ بخاری الکتریکی ☐ شومینه ☐ فن کوئل ☐
۷. آیا در منزلتان گل و گیاه خشک شده نگهداری می کنید؟ بلی ☐ خیر ☐
۸. آیا در منزل باغچه دارید؟ بلی ☐ خیر ☐
- ۸-۱. اگر پاسخ سوال فوق بلی است، پوشش گیاهی باغچه شما کدام است؟ چمن ☐ درخت ☐ هر دو ☐ سایر گیاهان ☐
- ۹-۱. آیا در داخل منزل حیوانات خانگی نگهداری می کنید؟ بلی ☐ خیر ☐
- ۹-۲. اگر پاسخ سوال فوق بلی است کدام نوع حیوان را نگهداری می کنید؟ سگ ☐ گربه ☐ پرند ☐ سایر حیوانات ☐
۱۰. درجه تماس شما با حیوان ذکر شده چقدر است؟ زیاد ☐ کم ☐ ندارم ☐
۱۱. آیا حیوانات در اتاق خواب شما هستند؟ بلی ☐ خیر ☐
۱۲. آیا در داخل اتاق خواب حیوانات خشک شده (تاکسیدرمی) دارید؟ بلی ☐ خیر ☐
۱۳. معمولاً از چه وسیله ای برای نظافت داخل خانه استفاده می کنید؟ جاروبرقی ☐ جارو دستی ☐
۱۴. پوشش کف اتاق خواب شما چیست؟ فرش دستی ☐ ماشینی ☐ موکت ☐ کفپوش ☐ سنگ ☐
۱۵. آیا شما در زمستان در هر روز بیشتر از نیم ساعت پنجره منزلتان را باز نگه می دارید؟ بلی ☐ خیر ☐
۱۶. بزرگترین مسیر تردد در فاصله ۱۰۰ متری منزل شما چیست؟ بزرگراه ☐ بولوار ☐ خیابان اصلی ☐ خیابان فرعی ☐ کوچه ☐
۱۷. آیا در شعاع ۲۰۰ متری محل سکونت شما فضای سبز متراکم (پارک، باغ یا تجمعی از درختان) وجود دارد؟ بلی ☐ خیر ☐
۱۸. آیا در خانواده شما کسی آسم، تب یونجه، کهیر، اگزما، یا سایر انواع آلرژی (خوراکی، استنشاقی) دارد؟ (فرد مبتلا را علامت بزنید): پدر ☐ مادر ☐ خواهر ☐ برادر ☐ خودم ☐ هیچکدام ☐
۱۹. آیا در منزل، فردی از اعضاء خانواده شما سیگاری است؟ بلی ☐ خیر ☐
۲۰. تقریباً چند نخ سیگار در روز توسط همه افراد سیگاری ساکن در منزل شما، در فضای داخلی منزل دود می شود؟ نخ
۲۱. آیا خودتان سیگار می کشید؟ بلی ☐ خیر ☐ مدت مصرف سال ۳۷. میزان مصرف سیگار؟ نخ در روز
۲۲. میزان تماس شما با دود سیگار چقدر است؟ زیاد ☐ کم ☐ منفی ☐
۲۳. سابقه مواجهه با مواد سمی: بلی ☐ خیر ☐
۲۴. سابقه خانوادگی بیماری های تنفسی (آسم، برونشیت، تب یونجه، سل، سرطان ریه، سایر بیماری های ریوی): بلی ☐ خیر ☐