

Anexo 1. Cuestionario a pacientes portadores de asma bronquial, o familiares a su cuidado

Datos de identidad personal

Nombre y apellidos

Dirección

Sexo _____

Edad _____

1. Características clínicas del asma bronquial

a) Presencia de pitidos o silbidos en el pecho durante el día:

Sí___ No ___ Frecuencia _____

b) Presencia de tos nocturna:

Sí___ No ___ Frecuencia _____

c) Despertar nocturno:

Sí___ No ___ Frecuencia _____

d) Pecho apretado:

Sí___ No ___ Frecuencia _____

e) Tolerancia al ejercicio:

Sí___ No ___

f) Asistencia a la escuela o al trabajo:

Buena _____ Regular _____ Mala _____

g) Número de crisis al mes _____

h) Número de ingresos al año _____

2. Cumplimiento del tratamiento en periodos de intercrisis:

2.1 Medidas de control ambiental: condiciones o estado actual de la habitación del paciente y exposición a alérgenos o irritantes inhalantes en el interior del hogar tales como polvo, pelo de animales, aromatizantes, humo de tabaco, productos químicos u otros.

2.1.1. Condiciones de la habitación del paciente con:

Cortinas _____

Libros _____

Almacenamiento de objetos _____

Plantas _____

Otros _____

¿Colchón y almohadas forrados? Sí _____ No _____

2.1.2.1. Exposición a alérgenos respiratorios en el interior del hogar:

¿Usted fuma? Sí _____ No _____

Cantidad de cigarros o tabacos diarios: _____

¿Fumadores en el hogar? Sí _____ No _____

Número de fumadores _____

Relación o parentesco con el asmático (a)

Cantidad de cigarros o tabacos diarios _____

¿Animales en el hogar? Sí _____ No _____ Especie _____

Dentro del domicilio _____ Fuera del domicilio _____

¿Relaciona las crisis con olores como: perfumes, tabaco, jabones, desodorantes, productos químicos u otros?

Sí _____ No _____

¿Cuáles? _____

2.2. Tratamiento farmacológico a cumplir:

___ Esteroides inhalados

___ Antihistamínicos

___ Antileucotrienos

___ Broncodilatadores

¿Lo cumple? Sí ___ No ___

¿Mejora la crisis con broncodilatadores fácilmente? Sí _____ No _____

Otros datos de interés:
