



# Questionario sulle Interstiziopatie Polmonari



## A proposito della tua salute

### 1. Quanto spesso tossisci?

(Non è incluso lo schiarirsi la voce)

- Per niente, o solo raramente
- Occasionalmente
- La maggior parte dei giorni
- Spesso o con severi attacchi di tosse che interferiscono con le mie attività

### 2. Da quanto tossisci?

\_\_\_ Mesi      \_\_\_ Anni      \_\_\_ Non definibile

### 3. La tosse: (seleziona tutte le risposte pertinenti)

- Non produce catarro
- Produce catarro
- Produce sangue
- Non tossisco



### 4. Scegli la risposta che meglio descrive quando il respiro diventa affannoso:

- Non ho problemi di respiro affannoso tranne che durante un intenso esercizio fisico
- Mi manca il fiato quando mi affretto su un terreno pianeggiante o cammino in leggera salita
- Mi fermo per riprendere fiato dopo aver camminato per circa 90 metri o dopo pochi minuti
- Ho il respiro troppo affannoso per uscire di casa o rimango senza fiato mentre mi vesto o mi spoglio
- Cammino più lentamente delle persone della mia età a causa della mancanza di respiro, oppure devo fermarmi per respirare quando cammino al mio ritmo

### 5. Ti ha mai detto un dottore che hai:

	SI/NO		SI/NO		SI/NO
Asma	<input type="checkbox"/>	Malattie cardiache	<input type="checkbox"/>	Polmonite	<input type="checkbox"/>
Aumento della coagulazione del sangue	<input type="checkbox"/>	Insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/>	Ipertensione polmonare	<input type="checkbox"/>
Sangue nelle urine	<input type="checkbox"/>	Epatite B o C	<input type="checkbox"/>	Epilessia	<input type="checkbox"/>
Diabete	<input type="checkbox"/>	Malattie del rene	<input type="checkbox"/>	Sinusite	<input type="checkbox"/>
Infiammazione agli occhi	<input type="checkbox"/>	Calcoli renali	<input type="checkbox"/>	Infarto	<input type="checkbox"/>
Versamento pleurico	<input type="checkbox"/>	Mononucleosi	<input type="checkbox"/>	Malattia della tiroide	<input type="checkbox"/>
		Pleurite	<input type="checkbox"/>	Tubercolosi	<input type="checkbox"/>

### 6. Ti hanno mai diagnosticato una di queste condizioni

- Problemi di coagulazione
- Malattie intestinali (come ad esempio, il morbo di Crohn, colite ulcerosa, colangite biliare primitiva, celiachia, malattia di Whipple)
- Fenomeno di Raynaud (dolore alle dita che cambiano colore se esposte al freddo)
- Malattie reumatologiche (come ad esempio, artrite reumatoide, lupus, sclerodermia, malattia mista del tessuto connettivo, sindrome di Sjögren, granulomatosi associata a poliangerite o granulomatosi di Wegener, polimiosite o dermatomiosite, sindrome di Behçet, spondilite anchilosante)
- Vasculite (infiammazione dei vasi sanguigni)
- Polmone collassato (pneumotorace)

### 7. Ti sei mai sottoposto a una radiografia del torace o a una tomografia computerizzata del torace? SÌ NO



### 8. Hai mai notato uno di questi sintomi?

	SI/NO		SI/NO
Lividi	<input type="checkbox"/>	Bruciore di stomaco o reflusso	<input type="checkbox"/>
Dolore al petto	<input type="checkbox"/>	Dolori articolari o gonfiore	<input type="checkbox"/>
Difficoltà a deglutire	<input type="checkbox"/>	Ulcere alla bocca	<input type="checkbox"/>
Secchezza oculare o bocca secca	<input type="checkbox"/>	Eruzione cutanea o cambiamenti sulla pelle	<input type="checkbox"/>
Gonfiore ai piedi o gambe	<input type="checkbox"/>	Sensibilità alla luce	<input type="checkbox"/>
Ulcere alle mani	<input type="checkbox"/>	Perdita di peso	<input type="checkbox"/>

### 9a Hai mai fumato più di 20 sigarette al giorno nella tua vita?

SÌ     NO

Se sì, fumi ancora?

SÌ     NO

Quanti anni avevi quando hai iniziato a fumare?

\_\_\_\_\_

Se hai smesso, quanti anni avevi quando hai smesso?

\_\_\_\_\_

### 9b Media delle sigarette giornaliere:

\_\_\_\_\_



## Viaggi



### 10. Dove hai viaggiato negli ultimi 5 anni?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 11. Hai mai vissuto all'estero? Se sì, dove?

\_\_\_\_\_

## Storia familiare

### 12. Qualcuno della tua famiglia ha mai avuto una delle seguenti malattie?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma                                  | <input type="checkbox"/> Sarcoidosi  |
| <input type="checkbox"/> Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) | <input type="checkbox"/> Cirrosi epatica   |
| <input type="checkbox"/> Fibrosi cistica                       | <input type="checkbox"/> Sindrome mielodisplastica (difficoltà a produrre cellule del sangue sane) |
| <input type="checkbox"/> Polmonite da ipersensibilità          | <input type="checkbox"/> Anemia (inspiegabili livelli bassi di cellule rosse nel sangue)           |
| <input type="checkbox"/> Fibrosi polmonare                     |  |



### 13. A qualcuno nella tua famiglia sono cresciuti presto i capelli bianchi? (in adolescenza o poco più che ventenne)

SÌ     NO

**14. Hai mai preso uno di questi medicinali?**

**Medicinali antinfiammatori**

- Interferone (qualsiasi varietà)
- Metotressato
- Prednisone
- Altro: \_\_\_\_\_

**Cardiovascolari**

- Idroclorotiazide (diuretico)
- Amiodarone (antiaritmico)
- Sotalolo (beta-bloccante)
- Altro: \_\_\_\_\_

**Terapie per il cancro**

- Busulfano
- Ciclofosfamide
- Radiazioni
- Altro: \_\_\_\_\_

**Neurologici**

- Bromocriptina
- Carbamazepina
- Altro: \_\_\_\_\_

**Antibiotici/Anti-infettivi**

- Cefalosporina
- Penicillina
- Altro: \_\_\_\_\_

**Gastrointestinali**

- Sulfasalazina
- Altro: \_\_\_\_\_

**Vari**

- Bacillo di Calmette e Guérin (BCG) per il papilloma vescicale
- Fenfluramina/Dexfenfluramina
- Altro: \_\_\_\_\_

**Casa e Lavoro**

**15. La tua casa attuale o passata presenta una delle seguenti?**

- Vasca idromassaggio/Jacuzzi
- Umidificatore
- Muffa
- Sauna
- Danni causati dall'acqua
- Uccelli (inclusi piccioni, colombi, pappagalli, galline, anatre, oche, fagiani)
- Gatti
- Cani
- Altro: \_\_\_\_\_

**16. Sei stato preoccupato per qualsiasi cosa a cui sei stato esposto al lavoro?**

---

---

**17. Lista di tutti i tuoi lavori presenti e passati:**

Lavoro	Numero di anni
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**18. Hai mai lavorato in uno di questi ambiti?**

- Meccanico automobilistico
- Falegname
- Contadino
- Asfaltista/Coibentatore
- Tecnico di laboratorio
- Scaricatore di porto
- Imbianchino
- Idraulico
- Sabbiatore
- Viticoltore
- Saldatore



