

ფილტვის კიბოს სკრინინგის კითხვარი			
თარიღი:			
სახელი გვარი:			
ასაკი:			
ტელეფონი:			
		შემოხაზით	
N	კითხვა	დიახ	არა
1ა	ეწევით თუ არა სიგარეტს (თუთუნს, სიგარას და აშ)?	4	0
1ბ	ეწევით დღეში 1 კოლოფს ან მეტს?	4	0
1გ	ეწევით 20 წელი ან მეტი?	4	0
2	თუ ქონია ავთვისებიანი სიმსვლე ახლო ნათესავს (დედა, მამა, ბებია ბაბუა, დეიდები, მამიდები, ბიძები)	1	0
3	გადატანილი ავთვისებიანი სიმსვლე (ლიმფომა ან სხვა)	4	0
4	გადატანილი ფილტვების სხვადასხვა დაავადებები: ქრონიკული ბრონქიტი, ტუბერკულოზი , სხვა ფილტვების ქრონიკული პრობლემები ან დაავადებები.	2	0
5	გქონიათ რაიმე დასხივება (რადიაცია) ანამნეზში (ჩატარებული გაქვთ სხივური თერაპია, ხშირი კომპიუტერული ტომოგრაფიები სხვადასხვა დაავადებების დროს, რაიმე სამსახური რომელიც დაკავშირებულია რადონით ან სხვა ელემენტით დასხივებასთან, ხართ მედიკოსი მომუშავე რენტგენტთან)?	2	0
6	გქონიათ ხანგრძლივი კონტაქტი ქიმიურ ნივთიერებებთან: (მაგ აზბესტი, ქრომი, კადმიუმი, ნიკელი, სილიციუმი, ბენზიპირინი და სხვა). გიმუშავით ან მუშაობთ გემზე მომუშავე პერსონალი ქიმიურ ნივთიერებებთან?	2	0
7	ოჯახის წევრებიდან არის რომელიმე მწეველი?	1	0
8	გქონიათ რამდენიმე თვის განმავლობაში გახანგრძლივებული ხველა?	4	0
9	ყოფილა ოდესმე სისხლიანი ნახველი?	4	0
10	გაქვთ სუნთქვის უკმარისობა?	4	0
11	გაქვთ ხმის ჩახლეჩა ან დაკარგვა?	4	0
12	ყლაპვა ხომ არ გიძნელდებათ?	1	0
13	გქონიათ ხიხინი ხანგრძლივად?	1	0
14	გაქვთ წონაში კლება, უმადობა და სისუსტე?	4	0
15	გქონიათ ხშირი ბრონქიტი და ფილტვების ინფექცია?	4	0
16	შეუწუხებია მკერდის, ზურგის, ბეჭების ან მკლავის ტკივილს?	2	0
17	სახეზე და კისრის მიდამოებში შეშუპება?	1	0
	10 -ზე მეტი ქულა საყურადღებოა		