**PLANILLA PARA BASE DE DATOS DE ASMA**

(PROVISORIA)

NRO EMPADRONAMIENTO

NOMBRE

SEXO

FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO

TELEFONO

PRIMERA VISITA:

1. ANTECEDENTES PREVIOS
   1. FECHA DE COMIENZO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS
   2. SIGNOS Y SINTOMAS
      1. TOS (SI/NO)
      2. DIFICULTAD RESPIRATORIA (SI/NO)
      3. OPRESION TORACICA (SI/NO)
      4. SILBIDOS (SI/NO)
      5. RESPUESTA CLINICA A BRONCODILATADORES (SI/NO)
      6. TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD FISICA
      7. SEVERIDAD Y COMPLICACIONES
         1. Internaciones (si/no) Número
         2. Neumonias (si/no) Número/localización
         3. Atelectasias (si/no)
         4. Neumotórax/neumomediastino (si/no)
   3. ESTUDIOS PREVIOS
      1. TIPO/FECHA/RESULTADO
      2. TIPO/FECHA/RESULTADO
   4. TRATAMIENTOS PREVIOS
      1. TIPO/FECHAS/RESPUESTA TERAPEUTICAS
      2. DISPOSITIVOS DE TRATAMIENTO INHALATORIO
2. DATOS POSITIVOS AL EXAMEN FISICO
3. COMORBILIDADES
   1. OBESIDAD (SI/NO)
   2. DESNUTRICION (SI/NO)
   3. RINITIS ALERGICA (SI/NO)
   4. SINUSITIS
   5. DERMATITIS ALERGICA (SI/NO)
   6. SINTOMAS DIGESTIVOS
      1. REGURGITCIONES/VOMITOS (SI/NO)
      2. DIARREAS FRECUENTES (SI/NO)
      3. ALERGIA A PROTEINA LECHE DE VACA (SI/NO)
   7. CARDIOPATIAS (SI/NO)
   8. ENFERMEDADES MUSCULOESQUELETICAS (SI/NO)
   9. INFECCIONES SISTEMICAS (SI/NO)
   10. MEDICACION CONCOMITANTE:
   11. OTRAS ENFERMEDADES:
4. FAMILIARES
   1. ASMA O ATOPIA EN MADRE (SI/NO)
   2. ASMA O ATOPIA EN PADRE (SI/NO)
   3. ASMA O ATOPIA EN HERMANOS (SI/NO)
   4. ASMA O ATOPIA EN OTROS FAMILIARES DIRECTOS (SI/NO)
5. AMBIENTALES
   1. TABAQUISMO PASIVO (SI/NO)
   2. TABAQ1UISMO ACTIVO (SI/NO)
   3. IRRITANTES AMBIENTALES IDENTIFICABLES:
      1. CALEFACCION DEL HOGAR/VENTILACION
      2. USO DE SPRAYS, AEROSOLES, SAHUMERIOS…
      3. OTROS
6. NIVEL ESTIMADO (GINA): 1/2/3/4/5
7. INDICACIONES MEDICAS:
   1. FARMACOLOGICAS
   2. AMBIENTALES
   3. INSTRUCCIÓN TERAPIA INHALATORIA

VISITAS DE SEGUIMIENTO:

1. EVOLUCION DE LOS SINTOMAS DESDE ULTIMA VISITA
   1. TOS (SI/NO)
   2. CRISIS DE ASMA (SI/NO)
      1. AMBULATORIAS (LEVES/MODERADAS) NUMERO
      2. CONSULTAS A GUARDIA. NUMERO
      3. INTERNACIONES. NUMERO
   3. INTOLERANCIA AL EJERCICIO (SI/NO)
2. MEDICACION (TIPO/DOSIS):
3. ADHERENCIA ESTIMADA AL TRATAMIENTO (%)
4. TERAPIA INHALATORIA:
   1. ESTADO DE DISPOSITIVOS (bien/mal)
   2. TECNICA INHALATORIA (bien/mal)
5. CONTROL DE LOS SINTOMAS ULTIMAS 4 SEMANAS
   1. SINTOMAS DIURNOS (+2 veces por semana): SI/NO
   2. SINTOMAS NOCTURNOS: SI/NO
   3. LIMITACION DE ACTIVIDADES: SI/NO
   4. USO DE MEDICACION DE RESCATE: SI/NO
6. ASTHMA CONTROL TEST (ACT): (4-11 a/+12 a):
7. EXAMENES COMPLEMENTARIOS:
   1. ESPIROMETRIA
      1. CVF (valor teorico) PRE/POST
      2. VEF1 PRE/POST
      3. IT (valor teorico) PRE/POST
      4. FMMF (valor teorico) PRE/POST
   2. IMÁGENES:
   3. FeNO:
   4. PROVOCACION BRONQUIAL
   5. CELULARIDAD EN ESPUTO INDUCIDO
   6. OTROS ESTUDIOS:
8. NIVEL ESTIMADO (GINA): 1/2/3/4/5
9. INDICACIONES MEDICAS:
   1. FARMACOLOGICAS
   2. AMBIENTALES
   3. INSTRUCCIÓN TERAPIA INHALATORIA