



Imię i nazwisko badanego:

KWESTIONARIUSZ BAZOWY DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW

ID Numer ident.
badanego:

Data: ____/____/202

(dd/mm/rrrr)

(Do wypełnienia przez
zespół badawczy)

Drogi Rodzicu, Opiekunie,

Chcielibyśmy zadać Ci kilka pytań dotyczących Twojej rodziny, domu i zdrowia układu oddechowego Twojego dziecka. Postaraj się odpowiedzieć na wszystkie pytania i wybierz opcję, która najlepiej pasuje do Twojej sytuacji. Nie ma dobrych ani złych odpowiedzi.

Wszystkie informacje, które nam przekażesz, będą traktowane jako ściśle poufne i nie będą udostępniane szkole Twojego dziecka.

Bardzo dziękuję za udział w tym badaniu.

INFORMACJE OGÓLNE

Kim Pani/Pani jest dla dziecka uczestniczącego w badaniu?

- ☐ Matką
- ☐ Ojcem
- ☐ Opiekunem prawnym
- ☐ Inne relacje (jakie?)

INFORMACJE O BADANYM DZIECKU

Data urodzenia dziecka (dd/mm/rrrr): ____ / ____ / ____

Płeć dziecka?

- ☐ Chłopiec
- ☐ Dziewczynka
- ☐ Wolę nie odpowiadać

Czy dziecko urodziło się przedwcześnie (przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży)?

- ☐ Tak



☐ Nie

☐ Nie wiem

Na jakim poziomie edukacji podstawowej jest obecnie Twoje dziecko?

Proszę wybrać jedną z opcji

☐ Klasa 1 / Rok 1

☐ Klasa 2 / Rok 2

☐ Klasa 3 / Rok 3

☐ Klasa 4 / Rok 4

☐ Klasa 5 / Rok 5

☐ Klasa 6 / Rok 6

INFORMACJE O TWOJEJ RODZINIE I TWOIM DOMU

Jaki jest kraj pochodzenia matki dziecka?

Jaki jest kraj pochodzenia ojca dziecka?

Jaki jest najwyższy poziom edukacji ukończony przez matkę dziecka?

☐ Brak wykształcenia formalnego lub wykształcenie niższe niż podstawowe

☐ Wykształcenie podstawowe

☐ Wykształcenie średnie I st. (np. gimnazjum)

☐ Wykształcenie średnie II st. (np. liceum, technikum)

☐ Wykształcenie policealne (np. technikum lub szkoła zawodowa)

☐ Krótki cykl kształcenia na poziomie szkolnictwa wyższego (np. krótki cykl studiów wyższych)

☐ Wykształcenie wyższe: licencjat lub wyższy

☐ Nie wiem/Ne dotyczy

Jaki jest najwyższy poziom edukacji ukończony przez ojca dziecka?



- ☐ Brak wykształcenia formalnego lub wykształcenie niższe niż podstawowe
- ☐ Wykształcenie podstawowe
- ☐ Wykształcenie średnie I st. (np. gimnazjum)
- ☐ Wykształcenie średnie II st. (np. liceum, technikum)
- ☐ Wykształcenie policealne (np. technikum lub szkoła zawodowa)
- ☐ Krótki cykl kształcenia na poziomie szkolnictwa wyższego (np. krótki cykl studiów wyższych)
- ☐ Wykształcenie wyższe: licencjat lub wyższy
- ☐ Nie wiem/Ne dotyczy

Które z poniższych stwierdzeń najlepiej opisuje obecny status zawodowy matki dziecka?

Please select the option that best describes the current situation. You can choose more than one if needed.

- ☐ Studentka
- ☐ Praca w pełnym wymiarze godzin
- ☐ Praca w niepełnym wymiarze godzin/Sezonowo/dorywcza
- ☐ Obecnie niezatrudniona
- ☐ Gospodyni domowa (nieopłacana)
- ☐ Opiekunka dzieci, osób starszych, chorych lub niepełnosprawnych (nieodpłatnie)
- ☐ Długoterminowe zwolnienie chorobowe/niepełnosprawność
- ☐ Inny. Proszę określić: _____
- ☐ Nie wiem/ Nie dotyczy

Które z poniższych stwierdzeń najlepiej opisuje obecny status zatrudnienia ojca dziecka?

Prosimy wybrać opcję najlepiej opisującą aktualną sytuację. Możesz wybrać więcej niż jedną, jeśli zajdzie taka potrzeba.

- ☐ Student
- ☐ Praca w pełnym wymiarze godzin
- ☐ Praca w niepełnym wymiarze godzin/Sezonowo/dorywcza



- ☐ Obecnie niezatrudniony
- ☐ Pomoc domowa (bezpłatna)
- ☐ Opiekun dzieci, osób starszych lub osób chorych, niepełnosprawnych (nieopłatnie)
- ☐ Długoterminowe zwolnienie chorobowe/niepełnosprawność
- ☐ Inny. Proszę określić: _____
- ☐ Nie wiem/nie dotyczy

Czy u biologicznej matki dziecka kiedykolwiek zdiagnozowano którąkolwiek z chorób układu oddechowego?

- ☐ Astma
- ☐ Przewlekłe zapalenie oskrzeli
- ☐ Przewlekła obturacyjna choroba płuc / Rozedma płuc/ Rozstrzenie oskrzeli
- ☐ Nawracający świszczący oddech (nie tylko podczas przeziębień)
- ☐ Alergiczny nieżyt nosa (sienny)
- ☐ Przewlekły kaszel
- ☐ Inne
- ☐ Żadne z powyższych
- ☐ Nie wiem /nie dotyczy

Czy u biologicznego ojca dziecka kiedykolwiek zdiagnozowano którąkolwiek z chorób układu oddechowego?

- ☐ Astma
- ☐ Przewlekłe zapalenie oskrzeli
- ☐ Przewlekła obturacyjna choroba płuc / Rozedma płuc/ Rozstrzenie oskrzeli
- ☐ Nawracając świszczący oddech (nie tylko podczas przeziębień)
- ☐ Alergiczny nieżyt nosa (sienny)
- ☐ Przewlekły kaszel
- ☐ Inne
- ☐ Żadne z powyższych



☐ Nie wiem /nie dotyczy

Czy ktokolwiek mieszkający z dzieckiem pali?

☐ Nie

☐ Tak

Jeśli odpowiedziałeś/aś, że tak, to czy palenie jest dozwolone w domu?

☐ Tak

☐ Nie

Czy biologiczna matka dziecka paliła podczas ciąży?

☐ Nie

☐ Tak

☐ Nie wiem

Czy w Twoim domu jest wilgoć lub pleśń?

☐ Nie

☐ Tak

Jakie paliwo jest zwykle używane do gotowania?

☐ Elektryczność

☐ Gaz

☐ Otwarty ogień

☐ Inne

Jakie paliwo jest zwykle używane do ogrzewania domu?

☐ Elektryczność

☐ Gaz, nafta, parafina

☐ Drewno, węgiel, ropa naftowa

☐ Inne

Jaka jest odległość Twojego domu do najbliższej ulicy ze stałym ruchem kołowym?

☐ Mniej niż 50 metrów



- ☐ 50 do 500 metrów
- ☐ Ponad 500 metrów
- ☐ Nie wiem

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UKŁADU ODDECHOWEGO DZIECKA UCZESTNICZĄCEGO W PROGRAMIE

Czy Twoje dziecko miało świszczący oddech lub gwizdzenie w klatce piersiowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Ile napadów świszczącego oddechu miało Twoje dziecko w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- ☐ Żadnego
- ☐ od 1 do 3
- ☐ od 4 do 12
- ☐ więcej niż 12

Czy Twoje dziecko miało trudności z oddychaniem (ucisk w klatce piersiowej, duszność) w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Czy Twoje dziecko, w ciągu ostatnich 12 miesięcy miało w nocy suchy kaszel, oprócz kaszlu związanego z przeziębieniem lub infekcją klatki piersiowej?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Czy u Twojego dziecka, kiedykolwiek lekarz zdiagnozował astmę?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Jak często, średnio w ciągu ostatnich 12 miesięcy sen Twojego dziecka był zakłócany z powodu świszczącego oddechu?

- ☐ Nigdy nie przerwany świszczącym oddechem



☐ Mniej niż raz w tygodniu

☐ Raz i więcej w tygodniu

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy świszczący oddech był na tyle silny, że ograniczył mowę dziecka tylko do jednego lub dwóch słów na raz między oddechami?

☐ Tak

☐ Nie

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, słyszalne były świsty oddechowego podczas lub po wysiłku fizycznym?

☐ Tak

☐ Nie

Jak często, w ciągu ostatnich 12 miesięcy Twoje dziecko było niepokojone kaszlem / świszczącym oddechem / gwizdem / trudnościami w oddychaniu podczas ćwiczeń?

☐ Nigdy

☐ Prawie nigdy

☐ Mniej niż w połowie przypadków

☐ Więcej niż w połowie przypadków

☐ Zawsze lub prawie zawsze (obejmuje brak ćwiczeń z powodu objawów)

☐ Nie ćwiczy z innych powodów

Czy Twoje dziecko przyjmowało jakiegokolwiek leki na astmę lub trudności w oddychaniu (ucisk w klatce piersiowej, duszność) w ciągu ostatnich 12 miesięcy? (w tym wszelkie inhalatory, nebulizatory, tabletki lub leki w płynie)

☐ Tak → Jeśli tak to jakie? _____

☐ Nie

Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy musiałś pilnie odwiedzać lekarza lub zgłaszać się z dzieckiem do szpitala z powodu trudności w oddychaniu (świszczący oddech, ucisk w klatce piersiowej, duszność)?

Liczba interwencji: _____



INFORMACJE DO BADANIA CZYNNOŚCIOWEGO PŁUC (SPIROMETRIA)

Badanie czynnościowe płuc (spirometria), które zamierzamy wykonać u Twojego dziecka jest bezpieczną procedurą. Niemniej jednak w przebiegu niektórych schorzeń mogą wystąpić efekty niepożądane i wymaga to od nas podjęcia dodatkowych środków ostrożności.

Z tego powodu uprzejmie prosimy o poinformowanie nas, czy Twoje dziecko cierpi na którykolwiek z poniższych schorzeń:

- ☐ Ból w klatce piersiowej lub problemy z sercem
- ☐ Niedawna operacja klatki piersiowej, jamy brzusznej lub oczu
- ☐ Historia zapadnięcia się płuca (odma opłucnowa)
- ☐ Niekontrolowane wysokie ciśnienie krwi
- ☐ Poważne zakażenie dróg oddechowych w ostatnich tygodniach (np. gruźlica)
- ☐ Żadne z powyższych

Uwagi;

.....

.....

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!