



pieczęć jednostki realizującej

Program profilaktyki chorób alergicznych realizowany w ramach środków będących w dyspozycji Dzielnicy II Miasta Krakowa

## ANKIETA dla dzieci (w szczególności w wieku 6-7 lat)

oprac. prof. dr hab. med. K. Obtułowicz

Nazwisko .....PESEL dziecka: .....  
Imię.....KLASA.....  
Rok urodzenia.....  
Adres.....tel. ....

**prawidłową odpowiedź [TAK lub NIE] zakreślić znakiem X**

### CZĘŚĆ I

#### 1. Czy u Twojego dziecka występują / występowały ?

**Katar** całoroczny lub sezonowy Tak [ ] Nie [ ]

**Ostre reakcje alergiczne** po: pokarmie, wysiłku, użądleniu, lekach Tak [ ] Nie [ ]  
[ew. podkreśl ]

**Napady duszności, kaszlu, świszczącego oddechu** Tak [ ] Nie [ ]

**Zmiany skórne** [wyprysk, pokrzywki ,obrząk, rumienie, świąd], Tak [ ] Nie [ ]  
[ew. podkreślić]

2. Czy Twoje dziecko jest na coś uczulone Tak [ ] Nie [ ]

Jeśli tak to na co :.....

Jeśli na leki, to jakie :.....

3. Czy w dzieciństwie miało alergiczne zmiany skórne Tak [ ] Nie [ ]

4. Czy w dzieciństwie miało nawracające zapalenia oskrzeli z napadami  
kaszlu /świstami, dusznością Tak [ ] Nie [ ]

5. Czy Twoje dziecko jest / było leczone w poradni alergologicznej Tak [ ] Nie [ ]

Jeśli tak to podaj adres poradni .....

**JEŚLI NA WSZYSKIE PYTANIA ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ NIE**

**TO ZAKOŃCZ WYPEŁNIANIE ANKIETY**

**W przypadku podejrzenia alergii u ucznia**

i po wyrażeniu pisemnej zgody rodzica lub opiekuna

**zaproponowane będzie badanie alergologiczne**

[obejmujące w miarę potrzeby testy skórne, testy z krwi , spirometrię]

data .....

wyrażam zgodę :

.....

podpis matki lub ojca, (opiekuna prawnego)



## Kwestionariusz wg ISAAC część II A, B, C

### CZĘŚĆ II A

#### Kwestionariusz dla dzieci ze świszczącym oddechem (w szczególności w wieku 6-7 lat)

1. Czy kiedykolwiek w przeszłości wystąpił u Twojego dziecka świszczący oddech?

Tak [ ] Nie [ ]

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” POMIŃ PYTANIE 6

2. Czy w ostatnich 12 miesiącach występował u Twojego dziecka świszczący oddech lub uczucie gwizdania w klatce piersiowej ?

Tak [ ] Nie [ ]

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” POMIŃ PYTANIE 6

3. Ile ataków świszczącego kaszlu miało dziecko w ostatnich 12 miesiącach?

Żadnego [ ] 1 do 3 [ ] 4 do 12 [ ] Więcej niż 12 [ ]

4. Jak często (średnio) sen Twojego dziecka został przerwany przez świszczący oddech?

Nigdy [ ]

Mniej niż jedną noc w tygodniu [ ] Jedną lub więcej nocy w tygodniu [ ]

5. Czy w ostatnich 12 miesiącach świszczący oddech był na tyle uciążliwy by ograniczyć możliwość mówienia do jednego, dwóch słów pomiędzy oddechami?

Tak [ ] Nie [ ]

6. Czy kiedykolwiek Twoje dziecko miało astmę?

Tak [ ] Nie [ ]

7. Czy w ostatnich 12 miesiącach, po lub w trakcie wysiłku fizycznego dziecko miało uczucie świszczącego oddechu?

Tak [ ] Nie [ ]

8. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpił u dziecka suchy kaszel, nie związany z infekcją dróg oddechowych?

Tak [ ] Nie [ ]





**CZĘŚĆ II C** Kwestionariusz dla dzieci z wysypkami/ wypryskami (w szczególności w wieku 6-7 lat):

1. Czy kiedykolwiek w przeszłości Twoje dziecko miało swędzącą wysypkę, która naprzemiennie pojawiała się i zanikała przez co najmniej 6 miesięcy? Tak [ ] Nie [ ]  
JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” PRZEJDŹ DO PYTANIA 7
2. Czy Twoje dziecko miało tą przemijającą, swędzącą wysypkę, kiedykolwiek w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Tak [ ] Nie [ ]  
JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” PRZEJDŹ DO PYTANIA 7
3. Czy ta swędząca wysypka kiedykolwiek u Twojego dziecka występowała w następujących miejscach: w zgięciach łokciowych, pod kolanami, w okolicach kostek, na pośladkach, wokół szyi, uszu lub oczu?  
Tak [ ] Nie [ ]
4. W jakim wieku u Twojego dziecka wystąpiła po raz pierwszy ta swędząca wysypka?  
poniżej 2 roku życia [ ], 2-4 roku życia [ ], w 5 roku życia i powyżej [ ]
5. Czy wysypka ustępowała u Twojego dziecka całkowicie w ciągu ostatnich 12 miesięcy?  
Tak [ ] Nie [ ]
6. Jak często (średnio) w ostatnich 12 miesiącach Twoje dziecko budziło się z powodu tej swędzącej wysypki?  
Nigdy [ ] mniej niż raz w tygodniu [ ] raz lub więcej razy w tygodniu [ ]
7. Czy kiedykolwiek Twoje dziecko miało wyprysk, egzemę, alergiczne zapalenie skóry?  
Tak [ ] Nie [ ]

**CZĘŚĆ II D** Kwestionariusz dla dzieci z **wypryskiem kontaktowym** (wyprysk dłoni, wyprysk w miejscu kontaktu z substancjami środowiskowymi np. biżuteria kosmetyki itp.) oprac. dr hab. med. R. Śpiewak

1. Czy Twoje dziecko nosi /nosiło sztuczną biżuterię (kolczyki, klipsy, łańcuszki, bransoletki wykonane z metali innych niż złoto, srebro, platyna)? Nie [ ] Tak [ ] od ..... roku życia
2. Jak często Twoje dziecko nosi sztuczną biżuterię?  
codziennie lub prawie codziennie [ ] od czasu do czasu [ ] prawie nigdy lub nigdy [ ]
3. Czy Twoje dziecko ma przekłute uszy lub inną część ciała?  
Nie [ ] Tak [ ] w ..... roku życia
4. Czy Twoje dziecko ma tatuaż trwały (tj. wykonany za pomocą igły)?  
Nie [ ] Tak [ ] od ..... roku życia
5. Czy Twoje dziecko ma lub kiedykolwiek miało tatuaż czasowy (tj. malowany na skórze)?  
Tak [ ] Nie [ ]
6. Czy Twoje dziecko nosi lub nosiło aparat ortodontyczny (prostujący zęby)?  
Nie [ ] Tak [ ] aparat założono w ..... roku życia
7. Jak często Twoje dziecko stosuje kosmetyki (kremy pielęgnacyjne, perfumy, makijaż)?  
codziennie lub prawie codziennie [ ] od czasu do czasu [ ] prawie nigdy lub nigdy [ ]
8. Czy zdarzyło się Twojemu dziecku farbować włosy?  
Nie [ ] Tak [ ], po raz pierwszy w ..... roku życia
9. Czy zauważyłaś/eś, że kontakt z określonymi substancjami lub przedmiotami u Twojego dziecka powoduje wyprysk (swędzącą wysypkę) na skórze? Nie [ ] Tak [ ]  
(podkreśl właściwe): metalami, kosmetykami, lekami, gumą, innymi : .....
10. Czy Twoje dziecko ma taką swędzącą wysypkę TERAZ? Tak [ ] Nie [ ]
11. Czy Twoje dziecko miało taką swędzącą wysypkę w ciągu ostatniego roku? Tak [ ] Nie [ ]
12. Czy Twoje dziecko miało taką swędzącą wysypkę dawniej niż przed rokiem? Tak [ ] Nie [ ]



pieczęć jednostki realizującej

Program profilaktyki chorób alergicznych  
realizowany w ramach środków będących w  
dyspozycji Dzielnicy II Miasta Krakowa

## ANKIETA dla młodzieży (w szczególności w wieku 16-17 lat)

oprac. prof. dr hab. med. K. Obtułowicz

Nazwisko ..... PESEL .....

Imię ..... KLASA .....

Rok urodzenia.....

Adres..... tel. ....

**prawidłową odpowiedź [TAK lub NIE] zakreślić znakiem X**

### CZĘŚĆ I

#### 1. Czy występują/występowały u Ciebie:?

**Katar** całoroczny lub sezonowy Tak [ ] Nie [ ]

Ostre reakcje alergiczne po: pokarmie, wysiłku, użądleniu, lekach  
[ew. podkreślić] Tak [ ] Nie [ ]

Napady duszności, kaszlu, świszczącego oddechu Tak [ ] Nie [ ]

Zmiany skórne [wyprysk, pokrzywki [bąble, rumień, świąd), obrzęki] Tak [ ] Nie [ ]  
(ew. podkreślić)

2. Czy jesteś uczulony na coś : ..... Tak [ ] Nie [ ]

Jeśli tak to na co :.....

3. Czy w dzieciństwie miałeś alergiczne zmiany skórne : Tak [ ] Nie [ ]

4. Czy w dzieciństwie miałeś nawracające zapalenia oskrzeli z napadami  
kaszlu /świstami, dusznością Tak [ ] Nie [ ]

5. Czy jesteś / byłeś leczony w poradni alergologicznej Tak [ ] Nie [ ]

Jeśli tak to podaj adres Poradni .....

6. W jakiej odległości mieszkasz od drogi o dużym natężeniu ruchu samochodowego:

< 200 m [ ]      200-500 m [ ]      > 500 m [ ]

**JEŻELI NA WSZYSKIE PYTANIA ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ NIE TO ZAKOŃCZ WYPEŁNIANIE ANKIETY**

**JEŻELI PRZYNAJMNIEJ NA JEDNO PYTANIE ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ TAK TO WYPEŁNIJ**

### CZĘŚĆ II ANKIETY

Po wyrażeniu pisemnej zgody rodzica lub opiekuna **zapropozowane będą nieodpłatnie badania alergologicznie** [ testy skórne, testy z krwi] oraz konsultacja specjalisty alergologa

data .....

wyrażam zgodę :

.....  
podpis matki lub ojca, (opiekuna prawnego)



## Kwestionariusz wg ISAAC: część II A, B, C

### CZĘŚĆ II A

Kwestionariusz dla młodzieży ze świszczącym oddechem (w szczególności w wieku 16-17 lat):

1. Czy kiedykolwiek w przeszłości wystąpił u Ciebie świszczący oddech?

Tak [ ] Nie [ ]

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” POMIŃ PYTANIE 6

2. Czy w ostatnich 12 miesiącach występował u Ciebie świszczący oddech lub uczucie gwizdania w klatce piersiowej?

Tak [ ] Nie [ ]

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” POMIŃ PYTANIE 6

3. Ile ataków świszczącego kaszlu miałeś/aś w ostatnich 12 miesiącach?

Żadnego [ ] 1 do 3 [ ] 4 do 12 [ ] Więcej niż 12 [ ]

4. Jak często (średnio) Twój sen został przerwany przez świszczący oddech?

Nigdy [ ]

Mniej niż jedną noc w tygodniu [ ] Jedną lub więcej nocy w tygodniu [ ]

5. Czy w ostatnich 12 miesiącach świszczący oddech był na tyle uciążliwy by ograniczyć możliwość mówienia do jednego, dwóch słów pomiędzy oddechami?

Tak [ ] Nie [ ]

6. Czy kiedykolwiek miałeś/aś astmę?

Tak [ ] Nie [ ]

7. Czy w ostatnich 12 miesiącach, po lub w trakcie wysiłku fizycznego miałeś uczucie świszczącego oddechu?

Tak [ ] Nie [ ]

8. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpił u Ciebie suchy kaszel, nie związany z infekcją dróg oddechowych?

Tak [ ] Nie [ ]



## CZĘŚĆ II B

Kwestionariusz dla młodzieży z katarzem (w szczególności w wieku 16-17 lat):

Wszystkie pytania dotyczą kataru nie związanego z przeziębieniem lub grypą:

1. Czy kiedykolwiek w przeszłości miałeś problem z kichaniem, wydzieliną z nosa lub zatkaniem nosa?

Tak [ ] Nie [ ]

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” POMIŃ PYTANIE 6

2. Czy w ostatnich 12 miesiącach miałeś problem z kichaniem, wydzieliną z nosa lub zatkaniem nosa?

Tak [ ] Nie [ ]

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” POMIŃ PYTANIE 6

3. Czy w ostatnich 12 miesiącach objawom ze strony nosa towarzyszyło łzawienie i świąd oczu?

Żadnego [ ] 1 do 3 [ ] 4 do 12 [ ] Więcej niż 12 [ ]

4. W którym z ostatnich 12 miesięcy występowały objawy ze strony nosa?

styczeń [ ] luty [ ] marzec [ ] kwiecień [ ] maj [ ] czerwiec [ ]  
lipiec [ ] sierpień [ ] wrzesień [ ] październik [ ] listopad [ ]  
grudzień [ ]

5. Czy w ostatnich 12 miesiącach i w jakim stopniu objawy nosowe zaburzały aktywność w ciągu dnia?

wcale [ ] mało [ ] średnio [ ] dużo [ ]

Czy kiedykolwiek miałeś/miałaś katar sienny?

Tak [ ] Nie [ ]



## CZĘŚĆ II C

Kwestionariusz dla młodzieży z **wysypkami /wypryskami** (w szczególności w wieku 16-17 lat):

1. Czy kiedykolwiek w przeszłości miałeś swędzącą wysypkę, która trwała przez co najmniej 6 miesięcy? Tak  Nie   
JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” POMIŃ PYTANIE 6
2. Czy miałeś swędzącą wysypkę kiedykolwiek w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Tak  Nie   
JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” POMIŃ PYTANIE 6
3. Czy swędząca wysypka kiedykolwiek występowała w następujących miejscach: w zgięciach łokciowych, pod kolanami, w okolicach kostek, na pośladkach, wokół szyi, uszu lub oczu? Tak  Nie
4. Czy wysypka ustępowała całkowicie w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Tak  Nie
5. Jak często (średnio) w ostatnich 12 miesiącach budziłeś się z powodu swędzącej wysypki? nigdy w ciągu ostatnich 12 miesięcy  mniej niż raz na tydzień  jedna lub więcej nocy w tygodniu
6. Czy kiedykolwiek miałeś/aś wysypkę? Tak  Nie

## CZĘŚĆ II D

Kwestionariusz dla młodzieży z **wypryskiem kontaktowym**

(wyprysk dłoni, wyprysk w miejscu kontaktu z substancjami środowiskowymi np. biżuteria kosmetyki itp.)

*oprac..dr hab. med. R. Śpiewak*

1. Czy nosisz/nosiłaś sztuczną biżuterię (kolczyki, klipsy, łańcuszki, bransoletki wykonane z metali innych niż złoto, srebro, platyna)? Nie  Tak  od ..... roku życia
2. Jak często nosisz sztuczną biżuterię? codziennie lub prawie codziennie  od czasu do czasu  prawie nigdy lub nigdy
3. Czy przekłułeś/aś uszy lub inną część ciała? Nie  Tak  w ..... roku życia
4. Czy masz tatuaż trwały (tj. wykonany za pomocą igły)? Nie  Tak  od ..... roku życia
5. Czy masz/lub kiedykolwiek miałeś tatuaż czasowy (tj. malowany na skórze)? Tak  Nie
6. Czy nosisz lub nosiłeś aparat ortodontyczny (prostującą zęby)? Nie  Tak  aparat założono w ..... roku życia
7. Jak często stosujesz kosmetyki (kremy pielęgnacyjne, perfumy, makijaż)? codziennie lub prawie codziennie  od czasu do czasu  prawie nigdy lub nigdy
8. Czy zdarzyło Ci się farbować włosy? Nie  Tak  , po raz pierwszy w .....roku życia
9. Czy zauważyłaś/eś, że kontakt z określonymi substancjami lub przedmiotami powoduje wyprysk (swędzącą wysypkę) na skórze? Nie  Tak  , kontakt z (podkreśl właściwe): metalami, kosmetykami, lekami, gumą, innymi (wymień).....
10. .Czy masz taką swędzącą wysypkę TERAZ? Tak  Nie
11. Czy miałeś taką swędzącą wysypkę w ciągu ostatniego roku? Tak  Nie
12. Czy miałeś taką swędzącą wysypkę dawniej niż przed rokiem? Tak  Nie