

فرم درخواست اسپرومتری

لطفا در صورت منفی بودن پاسخ سوالات جدول الف برای خانم/ آقایآزمون اسپرومتری انجام شود.

مهر و امضای پزشک: _____ تاریخ: _____

توضیحات	پاسخ		الف) کنترا اندیکاسیونهای اسپرومتری (موارد ممنوعیت انجام)
	ندارد	دارد	۱- سابقه نوموتوراکس (ضربه به قفسه سینه و تجمع هوا در خارج ریه)
در صورت مثبت بودن پاسخ فشارخون مجددا اندازه گیری شود	ندارد	دارد	۲- سابقه فشار خون
	ندارد	دارد	۳- بیماری سل و یا دیگر عفونت های تنفسی مسری
	ندارد	دارد	۴- سابقه عمل جراحی قفسه سینه یا شکم در یک ماه اخیر
	ندارد	دارد	۵- سابقه سکته قلبی یا درد قفسه سینه پیش رونده در شش هفته اخیر
	ندارد	دارد	۶- سابقه اخیر امبولی ریه
	ندارد	دارد	۷- شواهد دیسترس تنفسی آشکار (اختلال تنفسی و تنگی نفس مشهود)
	ندارد	دارد	۸- هموپتزی فعال (خونریزی فعال ریوی)
	ندارد	دارد	۹- پرفوراسیون پرده صماخ (سوراخ شدگی)
	ندارد	دارد	۱۰- جراحی چشم و گوش در یکماه اخیر
	ندارد	دارد	۱۱- آنوریسم آئورت شکمی یا توراسیک (گشاد شدگی آئورت شکمی و یا قفسه سینه)

اینجانبسوالات فوق را به دقت مطالعه و با صداقت به آن پاسخ داده ام . امضا و اثر انگشت

جدول زیر توسط اپراتور تکمیل گردد:

توضیحات	پاسخ		ب) عوامل مداخله کننده در انجام مانور اسپرومتری
	نداشته	داشته	۱- بیماری حاد یا سرماخوردگی در طول ۳روز گذشته
	نداشته	داشته	۲- کشیدن سیگار در یک ساعت اخیر
	نداشته	داشته	۳- استفاده از برونکودیلاتور استنشاقی در یک ساعت گذشته (گشاد کننده راههای هوایی)
	نداشته	داشته	۴- عفونت تنفسی شدید (انفلوانزا-برونشیت-پنومونی) در طی ۳ هفته گذشته
	نداشته	داشته	۵- خوردن غذای سنگین در ۲-۱ ساعت گذشته
	نداشته	داشته	۶- سابقه عفونت گوش یا مشکل

مهر و امضای اپراتور آموزش دیده :