Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____

Domanda	**Risposta**
Tossisce di frequente?	☐ SI ☐ NO
Le capita di avere spesso del catarro che viene su con la tosse?	☐ SI ☐ NO
Facendo attività fisica Le capita di avere più mancanza di respiro dei suoi compagni coetanei?	☐ SI ☐ NO
Avverte rumori nel suo torace quando respira sotto sforzo o di notte?	☐ SI ☐ NO
Le capita frequentemente di prendere raffreddori che durano più a lungo di quelli di altre persone che Lei conosce?	☐ SI ☐ NO

Se un Paziente di **40 anni** o più, **fumatore o ex-fumatore**, risponde "**sì" anche a una sola** di queste **domande**: prescrizione di test spirometrico.

Documento di proprietà esclusiva della ASL AT.
È vietata la riproduzione o diffusione non autorizzata.