

(Appendix 1) ข้อมูลประวัติผู้ป่วยเมื่อเริ่มการศึกษา (First visit) Asthma / COPD

- 1) HN..... เลขที่บัตรประชาชน.....
- 2) ชื่อ นามสกุล
- 3) เพศ M) ชาย F) หญิง
- 4) ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์
- 5) อายุ ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซ.ม.
- 6) วัน / เดือน / ปีเกิด □□ / □□ / □□□□
- 7) เริ่มหอบอายุ ปี หอบมานานปี
- 8) รักษาโรคหืด / COPD ที่โรงพยาบาลนี้มากี่ปีแล้วปี
- 9) ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบมากหรือไม่
- 0) ไม่เคย 1) เคย.....ครั้ง (ทั้งหมดกี่คืนคืน)
- 10) ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยหอบมากจนต้องไปพ่นยา ฉีดยา ที่ห้องฉุกเฉินหรือไม่
- 0) ไม่เคย 1) เคย.....ครั้ง
- 11) การรักษาในปัจจุบัน
- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------------|
| * B ₂ agonist inhaler | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| * Oral B ₂ agonist | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| * Theophylline | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| * Steroid inhaler | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| * Oral steroid | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| * B ₂ + Ipratropium inhaler | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| * B ₂ + ICS inhaler | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| * Ani – Leukotriene | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| * ICS + LABA | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| * Tiotropium | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| * PDE4 Inhibitor | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| *LABA | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| *Omalizumab | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
- 12) เคยตรวจสมรรถภาพปอดมาก่อนหรือไม่ ไม่เคย เคย
- 13) คุณเคยสูบบุหรี่หรือเปล่า ไม่เคย เคย
- (ถ้าไม่เคย หมายความว่า สูบน้อยกว่า 1 มวนต่อวัน เป็นเวลา 1 ปี หรือในชีวิตนี้สูบน้อยกว่า 20 ซอง)
- ถ้าเคย** 1.ปัจจุบันนี้คุณยังสูบบุหรี่อยู่ 0) ไม่ใช่ 1)ใช่
2. คุณเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเท่าไรปี
3. ถ้าคุณหยุดสูบบุหรี่แล้วคุณหยุดสูบเมื่ออายุเท่าไรปี
4. โดยเฉลี่ยคุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวันมวน / วัน
- 14) วันที่สัมภาษณ์ วัน / เดือน / ปี □□ / □□ / □□□□
- 15) ในช่วง หนึ่งปีที่ผ่านมา คุณเคยไปรักษาโรคหืด / COPD ที่โรงพยาบาลใดบ้างนอกจากโรงพยาบาลนี้
-