

Data

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie uzupełniające
o stanie zdrowia chorego na astmę oskrzelową**
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
przez lekarza alergologa

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

1. Stopień zaawansowania choroby zasadniczej

.....

.....

2. Leki stosowane między zaostrzeniami zapewniające najlepszą kontrolę objawów:

.....

.....

.....

3. Czy konieczne jest całodobowe podawanie bronchodilatatorów TAK/NIE*

4. Czy konieczne było w ostatnim roku podawanie systemowe sterydów TAK/NIE*.

Jeżeli TAK to ile razy

5. Czy w ostatnim roku:

a) Były napady duszności wymagające interwencji lekarskiej TAK/NIE*

Jeżeli TAK to ile razy

b) Konieczne były hospitalizacje z powodu zaostrzenia choroby TAK/Nie*

Jeśli TAK to ile razy

6. Czy między okresami zaostrzeń utrzymują się objawy spastyczne(świsty) TAK/NIE*

*Właściwe zakreślić

.....
pieczęć i podpis lekarza