

## INVIO DEL BAMBINO CON SOSPETTO ASMA ALLA VISITA AMBULATORIALE:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Data Nascita \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Cell. Genitori: \_\_\_\_\_

### Motivo dell'invio:

Conferma diagnostica  
Difficoltà controllo dei sintomi  
Altro:

### Anamnesi:

#### Fattori individuali:

- *Etnia,*
- *Familiarità per asma ed allergopatie*
- *Obesità*

#### Fattori ambientali:

- *Allergeni,*
- *Fumo di tabacco,*
- *Inquinamento atmosferico e condizioni ambientali e climatiche,*
- *Fattori socio-economici,*
- *Stili di vita, stress e fattori psico-sociali*

#### Comorbidità:

- *Infezioni virali respiratorie,*
  - *Numero di infezioni respiratorie negli ultimi 6 mesi:*
  - *Numero di trattamenti antibiotici negli ultimi 6 mesi:*
- *Pregressa bronchiolite*
- *Dermatite atopica,*
- *Sensibilizzazione allergica,*
- *Rinite allergica,*
- *Ridotta funzionalità respiratoria,*
- *Reflusso gastroesofageo,*
- *Rino-sinusite,*

#### Anamnesi positiva per.

*Respiro sibilante o wheezing*  
*Episodi di "crisi" respiratoria*  
*Episodi di "tosse o crisi respiratoria da sforzo"*  
*Ricoveri ospedalieri o accessi in PS per problemi respiratori*  
*Accertamenti diagnostici:*  
*Percorsi terapeutici da segnalare con CSI e SABA o altro: indicare*

### Terapia in atto:

### Esame Obiettivo al momento dell'invio:

### Ulteriori annotazioni:

Data:

Firma e timbro del medico