

(Appendix 1) ข้อมูลประวัติผู้ป่วยเมื่อเริ่มการศึกษา (first visit) โรงพยาบาล

1) HN.....เลขที่บัตรประชาชน.....Asthma/COPD No.....

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 หอบมานาน.....ปี

8) รักษาโรคหืด/ COPD ที่โรงพยาบาลนี้มากี่ปีแล้ว.....ปี

9) ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบมากหรือไม่

0) ไม่เคย 1) เคย.....ครั้ง (ทั้งหมดกี่คืน.....)

10) ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยหอบมากจนต้องไปพ่นยา ฉีดยา ที่ห้องฉุกเฉินหรือไม่

0) ไม่เคย 1) เคยครั้ง

11) การรักษาในปัจจุบัน

* B₂ agonist inhaler No Yes.....

*B₂ agonist Tab No Yes.....

*Theophylline No Yes.....

*Steroid inhaler No Yes.....

*Oral steroid No Yes.....

* B₂ + Ipratropium inhaler No Yes.....

* B₂ + ICS inhaler No Yes.....

*ICS + LABA No Yes.....

*Anti-Leukotriene No Yes.....

* Tiotropium No Yes.....

12) เคยตรวจสมรรถภาพปอดมาก่อนหรือไม่ 0) ไม่เคย 1) เคย

13) คุณเคยสูบบุหรี่หรือเป่า 0) ไม่เคย 1) เคย

(ไม่เคย หมายความว่าสูบน้อยกว่า 1 มวนต่อวันเป็นเวลา 1 ปี หรือในชีวิตนี้สูบน้อยกว่า 20 ซอง)

ถ้าเคย 1. ปัจจุบันนี้คุณยังสูบบุหรี่อยู่ 0) ไม่ใช่ 1) ใช่

2. คุณเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเท่าไร.....ปี

3. ถ้าคุณหยุดสูบบุหรี่แล้วคุณหยุดสูบเมื่ออายุเท่าไร.....ปี

4. โดยเฉลี่ยคุณสูบบุหรี่ที่มวนต่อวัน.....มวนวัน

14) วันที่สัมภาษณ์ วัน/เดือน/ปี / /

15) ในช่วง หนึ่งปีที่ผ่านมา คุณเคยไปรักษาโรคหืด/COPD ที่โรงพยาบาลได้บ้างนอกจากโรงพยาบาลนี้