

שם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ גיל:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ נציגה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**שאלוןCT ראות בקרינה נמוכה.**

צייני את גורמי הסיכון שלכם לסרטן ריאות (סמנו ב X את התשובה הנכונה):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **גורם סיכון** | **כן** | **לא** | **הערות** |
| עישון |  |  |  |
| עישון בעבר |  |  |  |
| בן/בת זוג מעשן |  |  |  |
| חשיפה לעשן סיגריות של מעשנים בעבודה |  |  |  |
| חשיפה לאסבסט או לחומרים מסוכנים |  |  |  |
| סיפור משפחתי לסרטן ריאות |  |  |  |
| הצטלקות ידועה בריאות |  |  |  |

**שאלות למעשנים סיגריות כיום**

כמה סיגריות ליום אתה מעשן בממוצע ? |\_\_\_|\_\_\_|  
באיזה גיל התחלת לעשן באופן סדיר ? |\_\_\_|\_\_\_|

האם הינך סובל מהסימפטומים הבאים? (נא לסמן ב X את התשובה הנכונה):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **סימפטום** | **כן** | **לא** | **הערות** |
| שיעול שלא חולף |  |  |  |
| ירידה במשקל |  |  |  |
| כאב בחזה |  |  |  |
| חום ללא סיבה ברורה |  |  |  |
| כיח דמי או בצבע "חלודה" |  |  |  |
| זיהומים חוזרים בראות |  |  |  |
| קוצר נשימה |  |  |  |
| צרידות |  |  |  |