



Cognome e Nome	Data di nascita	Data compilazione
<b>BMI</b>	Familiarità asma si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Fumatore si <input type="checkbox"/> ex <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>P/Y</b>	Esposizione Professionale si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Anni dalla diagnosi
<b>Comorbidità</b>		
Rinite si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Sinusite si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Poliposi nasale si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Rinorrea Posteriore si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Infezioni Respiratorie Frequenti si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Bronchiectasie si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Deficit immunologici si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Ipersensibilità ASA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	MRGE si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Obesità si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	OSA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Ipertensione Arteriosa si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Diabete mellito si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Dislipidemia si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Disturbi Psichiatrici si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Accessi al PS si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Ricovero per asma si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Altro si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	T0- Ingresso alla Unit	Follow-up
<b>Questionari ACT-AQLQ</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Spirometria</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FOT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FeNO 50 ml/s-150 ml/s</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prick Test</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RAST test/IgE specifiche</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IgE totali</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IgM, IgA, IgG e sottoclassi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ECP</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Emocromo con formula</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Autoimmunità</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Deficit di <math>\alpha</math>1 antitripsina</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PCR</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vit. D</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Imaging toracico Rx(2P);TC torace</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Altri esami:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Terapia		
ICS-LABA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICS-LAMA;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICS-LABA-LAMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antistaminici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antileucotrieni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticosteroidi sistemici (molecola e dose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia Biologica Anni/Farmaco attuale/Shift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma .....