



Cognome e Nome	Data di nascita	Data compilazione
BMI	Familiarità asma si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Fumatore si <input type="checkbox"/> ex <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
P/Y	Esposizione Professionale si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Anni dalla diagnosi
Comorbidità		
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
Questionari ACT-AQLQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirometria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FeNO 50 ml/s-150 ml/s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prick Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RAST test/IgE specifiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgE totali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgM, IgA, IgG e sottoclassi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emocromo con formula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoimmunità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficit di α1 antitripsina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vit. D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imaging toracico Rx(2P);TC torace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri esami:	<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