<u>გამოკითხვის ფურცელი</u>

---------------------	------------------	-----------------	------------------------------
გვარი	სახელი	დაბადების თარიღი	საცხოვრებელი ადგილი

<u>1. პაციენტის ავადმყოფობის ისტორია</u>

ჩამოთვალეთ ყველა თქვენი სპეციალობა/პროფესია სადაც 6 თვეზე მეტი ხანი ყოფილხართ დასაქმებული. მიუთითეთ თქვენი საქმიანობა/მოღვაწეობა შეძლებისდაგვარად ზუსტად, მაგ: არა მარტო „მუშა“, არამედ „მუშა საღებავების წარმოებაში“, „მღებავი გემების მშენებლობაში“, „გზის მშენებელი - ასფალტის დაგებაზე“, „ტექსტილის გადამამუშავებელი - სტამბაში/სამღებროში“ და ა.შ.

რომელი წლ.-დან	რომელ წლ.-მდე	სპეციალობა/პროფესია

2. **გქონდათ თუ არა <u>ქიმიურ ნივთიერებებთან</u> შეხება/ურთიერთობა/?**

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ <u>დიახ</u>, დაგვისახელეთ რამოდენიმე მათგანი მაგ. სად ან რაში/რისთვის გამოიყენებოდა?

ურთიერთობა გქონდათ თქვენს მიერ ზემოთ ჩამოთვლილ ქიმ. ნივთიერებებთან

ყოველდღე: ☐ ხშირად: ☐ იშვიათად: ☐

რომელი წლ-დან ………. რომელ წლ-მდე ……….

3. **გქონდათ თუ არა <u>საღებავებთან/საღებავების შემცველ ნივთიერებებთან</u> შეხება/ურთიერთობა/?**

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ <u>დიახ</u>, დაგვისახელეთ რამოდენიმე მათგანი მაგ. სად ან რაში/რისთვის გამოიყენებოდა?

ურთიერთობა გქონდათ

ყოველდღე: ☐ ხშირად: ☐ იშვიათად: ☐

რომელი წლ-დან ……… რომელ წლ-მდე…………

4. გქონდათ თუ არა განსაკუთრებული შეხება/ურთიერთობა/ არომატულ ამინებთან? (მაგ: ბენზიდინი, ფუქსინი, მაგენტა, აურამინი და ა.შ.)

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ, დაგვისახელეთ რამოდენიმე მათგანი მაგ. სად ან რაში/რისთვის გამოიყენებოდა?

ურთიერთობა გქონდათ

ყოველდღე: ☐ ხშირად:☐ იშვიათად:☐

რომელი წლ-დან ……… რომელ წლ-მდე…………

5. გქონდათ თუ არა თქვენი პროფესიით/სპეციალობით შეხება/ურთიერთობა ასფალტთან ან ასფლტის შემცველ მასალებთან?

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ, ურთიერთობა გქონდათ

ყოველდღე: ☐ ხშირად:☐ იშვიათად:☐

რომელი წლ-დან ……… რომელ წლ-მდე………

სქელფისთან/გუდრონთან

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ, ურთიერთობა გქონდათ

ყოველდღე: ☐ ხშირად:☐ იშვიათად:☐

რომელი წლ-დან ………. რომელ წლ-მდე…………

ბითუმებთან

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ, ურთიერთობა გქონდათ

ყოველდღე: ☐ ხშირად: ☐ იშვიათად: ☐

რომელი წლ-დან.........რომელ წლ-მდე............

გქონდათ თუ არა შეხება წვის შედეგად გამოყოფილ ნივთიერებებთან (ასე მაგ. მხრჩოლავ გაზებთან, ჭვარლტლთან და ა.შ.) დაკოქსვასა და ბრძმედთან მუშაობის გარდა?

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ, ურთიერთობა გქონდათ

ყოველდღე: ☐ ხშირად: ☐ იშვიათად: ☐

რომელი წლ-დან.........რომელ წლ-მდე............

6. გქონდათ თუ არა თქვენს სამუშაო ადგილას გამხსნელებთან შეხება/ურთიერთობა?

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ,

1. ურთიერთობა გქონდათ გამხსნელებთან

   ყოველდღე: ☐ ხშირად: ☐ იშვიათად: ☐

2. ხანგრძლივობა ურთიერთობისა გამხსნელებთან

   რომელი წლ-დან.........რომელ წლ-მდე............

3. შეგიძლიათ თუ არა რამოდენიმე მათგანი დაგვისახელოთ თუ რომელ გამხსნელებთან გქონიათ შეხება

----

4. შეგიძლიათ ჩამოთვალოთ, თუ რომელი სამუშაობისას რომელი გამხსნელი/ები გამოიყენებოდა?

----

7. გქონდათ თუ არა თქვენს სამუშაო ადგილას ტრიქლორეთილენთან/ ტრიქლორეთენთან შეხება/ურთიერთობა? (მაგ. საპოხ-საცხები მასალები)

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ,

1. ტრიქლორეთილენთან/ტრიქლორეთენთან ურთიერთობა გქონდათ

   ყოველდღე: ☐ ხშირად: ☐ იშვიათად: ☐

2. ხანგრძლივობა ურთიერთობისა ტრიქლორეთილენთან/ტრიქლორეთენთან

   რომელი წლ-დან………რომელ წლ-მდე…………

3. ხომ არ გქონიათ ტრიქლორეთილენთან/ტრიქლორეთენთან შეხებისას/ურთიერთობისას გაბრუების სიმპტომები ან სიმთვრალის შეგრძნება?

   არასოდეს ☐
   დაახლოებით დღეში ერთხელ ☐
   დაახლოებით კვირაში ერთხელ ☐
   დაახლოებით თვეში ერთხელ ☐

8. გქონდათ თუ არა თქვენს სამუშაო ადგილას პერქლორეთილენთან/ ტეტრაქლორეთენთან შეხება/ურთიერთობა? (მაგ. საპოხ-საცხები მასალები, ქიმწმენდა)

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ,

1. პერქლორეთილენთან/ტეტრაქლორეთენთან ურთიერთობა გქონდათ

   ყოველდღე: ☐ ხშირად: ☐ იშვიათად: ☐

2. ხანგრძლივობა ურთიერთობის პერქლორეთილენთან/ ტეტრაქლორეთენთან

   რომელი წლ-დან………რომელ წლ-მდე……….

3. ხომ არ გქონიათ პერქლორეთილენთან/ტეტრაქლორეთენთან შეხებისას/ურთიერთობისას გაბრუების სიმპტომები ან სიმთვრალის შეგრძნება?

არასოდეს ☐
დაახლოებით დღეში ერთხელ ☐
დაახლოებით კვირაში ერთხელ ☐
დაახლოებით თვეში ერთხელ ☐

9. გქონდათ თუ არა თქვენს სამუშაო ადგილას შეხება/ურთიერთობა <u>გამხსნელებთან რომლებიც ქლორს არ შეიცავენ</u>? (ასე მაგ ბენზოლი,სტირენი/სტიროლი,წებოებთან,გამზავებლებთან, გამხსნელების შემცველ საღებავებთან)

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ <u>დიახ</u>

1. ურთიერთობა გქონდათ

ყოველდღე: ☐ ხშირად: ☐ იშვიათად: ☐

2. ხანგრძლივობა ურთიერთობისა

რომელი წლ-დან……… რომელ წლ-მდე…………

3. ხომ არ გქონიათ ზემოთ ჩამოთვლილ ნივთიერებებთან შეხებისას/ურთიერთობისას გაბრუების სიმპტომები ან სიმთვრალის შეგრძნება?

არასოდეს ☐
დაახლოებით დღეში ერთხელ ☐
დაახლოებით კვირაში ერთხელ ☐
დაახლოებით თვეში ერთხელ ☐

10. ყოფილხართ თუ არა <u>კოსის წარმოებაში</u> დასაქმებული?

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ <u>დიახ,</u>

რომელი წლ-დან………რომელ წლ-მდე…………

11. ყოფილხართ თუ არა ბრმმედთან დასაქმებული?

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ,

რომელი წლ-დან.........რომელ წლ-მდე............

12. ყოფილხართ თუ არა ქვანახშირის საბადოებზე(შახტაში) დასაქმებული?

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ,

რომელი წლ-დან.........რომელ წლ-მდე............

აქედან შახტაში
როგორც..

რომელი წლ-დან.........რომელ წლ-მდე.............

როგორც..

რომელი წლ-დან.........რომელ წლ-მდე............

13. ყოფილხართ თუ არა მღებავი (მაგ. ავტო პროფილაქტიკაში, საავტომობილო წარმოებაში,მშენებლობაში და ა.შ.) დასაქმებული?

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ,

რომელი წლ-დან.........რომელ წლ-მდე............

14. ყოფილხართ თუ არა რეზინის წარმოებაში დასაქმებული?

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ,

რომელი წლ-დან.........რომელ წლ-მდე............

1. იყავით თვითონ რეზინის წარმოების სფეროში დასაქმებული

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ,

რომელი წლ-დან………რომელ წლ-მდე…………

2. თუ ნედლეულის შერევისას

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ,

რომელი წლ-დან………რომელ წლ-მდე…………

3. თუ იყავით დასაქმებული/საქმიანობა იმ სფეროში სადაც რეზინი ცხელდებოდა/მუშავდებოდა

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ,

რომელი წლ-დან………რომელ წლ-მდე…………

4. თუ რეზინის მექანიკურად დამუშავების პროცესში

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ,

რომელი წლ-დან………რომელ წლ-მდე…………

5. თუ რეზინის ვულკანიზაციაში

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ,

რომელი წლ-დან………რომელ წლ-მდე…………

6. თუ საწყობში სადაც რეზინის პროდუქცია ინახებოდა

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ,

რომელი წლ-დან.........რომელ წლ-მდე............

პაციენტის განსაკუთრებული ჩვენება რეზინის ინდუსტრიაში დასაქმების პერიოდში

14A. გქონდათ თუ არა თქვენს სამუშაო ადგილას შეხება/ურთიერთობა <u>აზბესტთან</u> ?

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ,

ურთიერთობა გქონდათ

ყოველდღე: ☐ ხშირად: ☐ იშვიათად: ☐

რომელი წლ-დან.........რომელ წლ-მდე............

15. იღებთ თუ არა ტკივილ გამაყუჩებელ საშვალებებს (მაგ: ასპირინი,ტომაპირინი და ა.შ.)? ან ადრე თუ იღებდით?

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ, რომელს?

----

10 ტაბლეტზე ნაკლებს /წელიწადში ☐
რომელი წლ-დან---რომელ წლ-მდე......

50 ტაბლეტამდე /წელიწადში ☐
რომელი წლ-დან---რომელ წლ-მდე......

100 ტაბლეტამდე /წელიწადში ☐
რომელი წლ-დან---რომელ წლ-მდე……

350 ტაბლეტამდე /წელიწადში ☐
რომელი წლ-დან---რომელ წლ-მდე……

350 ტაბლეტზე მეტს /წელიწადში ☐
რომელი წლ-დან---რომელ წლ-მდე……

16. ხართ თუ არა მწეველი?

დიახ: ☐ არა: ☐

იყავით თუ არა მწეველი?

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ, რამდენს ეწეოდით?

☐ ღერს დღეში რომელი წლიდან……… რომელ წლამდე…………
☐ კოლოფს დღეში რომელი წლიდან……… რომელ წლამდე…………
☐ სიგარას დღეში რომელი წლიდან……… რომელ წლამდე…………
☐ ჩიბუხს დღეში რომელი წლიდან……… რომელ წლამდე…………

17. ღებულობდით თუ არა მონაწილეობას გეგმით დადგენილ სამედიცინო შემოწმებებში?

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ, რომელში?

----

18. აქვს თუ არა თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრს საშარდე ბუშტის/გზების დაავადება?

დიახ: ☐ არა: ☐

თუ დიახ, რომელი?

დაასახელეთ სანათესაოდან მაგ:და-ძმა,ბებია-ბაბუა,მშობლები ვისაც ეს დაავადება ჰქონია

----

19. დაასახელეთ თქვენი ჰობი/გატაცება
(მაგ: მებაღეობა,ოსტატობა/ხელოსნობა,ხატვა,თევზაობა და ა.შ.)

ამ გამოკითხვის ფურცელთან დაკავშირბულ საერთო სამედიცინო გამოკვლევებს რომელიც უროლოგების და დორტმუნდის უნივერსიტეტთან არსებული ფიზიოლოგიის ინსტიტუტის მიერ იქნება ჩატარებული ვეთანხმები

თარიღი: ხელმოწერა:

------------------------ ---