

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ/APPENDIX A

Κυπριακή Αρχή Αντι-Ντόπινγκ - Cyprus Anti-Doping Authority

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΟΥΣ β-2 ΔΙΕΓΕΡΤΕΣ

INHALED BETA-2 AGONISTS APPLICATION

FOR ASTHMA TREATMENT

Έντυπο Ιατρικών Στοιχείων/Medical Records Form

1. Να συμπληρωθεί και να υπογραφεί από τον θεράποντα ιατρό/ To be filled out and signed by the prescribing physician
2. Για τις απαντήσεις χρησιμοποιήστε τον χώρο που ακολουθεί κάθε ερώτηση και αν χρειαστεί τον χώρο στο τέλος του εντύπου/ Please use the space following each question and, if needed, the space at the end of this document.
3. Παρακαλώ, επισυνάψτε αντίγραφα των αποτελεσμάτων όλων των εξετάσεων/ Please provide copies of the report(s) of the examination(s) performed.

ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ - STRICTLY CONFIDENTIAL

Έντυπο Ιατρικών στοιχείων / Medical Records Form

ΜΕΡΟΣ/PART I:

Όνομα ΕΠΙΘΕΤΟ Αθλητή: Athlete's Name SURNAME:			
Ημερομηνία Γέννησης: Date of Birth:			
1.	Διάγνωση Diagnosis:		
2.	Ηλικία έναρξης: Age of onset:		
3.	Συμπτώματα, αυτόματα ή σχετιζόμενα με την άσκηση: Symptoms spontaneous or exercise related:	Nαι Yes		Όχι No
	α. Βήχας κατά τη διάρκεια ή μετά την άσκηση: a. Coughing during or post exercise:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	β. Δύσπνοια: b. Dyspnoea:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	γ. Επιπόλαιη αναπνοή c. Shortness of breath:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	δ. Συριγμός: d. Wheezing:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	ε. Αίσθημα σύσφιξης στο στήθος: e. Chest tightness:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	στ. Αυξημένη παραγωγή πτυέλων: g. Excess sputum:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Αν Ναι, περιγράψτε: /If Yes, specify:			
4.	Διαπιστωμένοι παράγοντες πρόκλησης:/ Identified triggering factors:			
5.	Προηγούμενο ιστορικό ατοπίας ή/και παιδικού άσθματος: Past history of atopic disorders and/or childhood asthma:	Nαι/Yes <input type="checkbox"/>		Όχι/No <input type="checkbox"/>
	Αν Ναι, περιγράψτε/ If yes, specify:			

ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ - STRICTLY CONFIDENTIAL

6.	Ευρήματα προηγούμενης κλινικής εξέτασης /Past physical examinations:
7.	Αποτελέσματα δερματικής δοκιμασίας Prick ή RAST για τη διαπίστωση αλλεργικής υπερευαισθησίας/ Results of skin Prick tests or RAST to document the presence of allergic hypersensitivity:
8.	Προηγούμενες επισκέψεις σε ειδικό πνευμονολόγο για τη θεραπεία του άσθματος/ Details of all consultations with qualified physicians in the treatment of asthma:
9.	Επισκέψεις σε τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ή εισαγωγές σε νοσοκομείο για τη θεραπεία κρίσης άσθματος / Details of any attendance in hospital emergency departments for treatment or admission to hospital for treatment of acute exacerbation of asthma:
10.	Φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνεται τώρα καθώς και αγωγή που χρησιμοποιήθηκε παλαιότερα, ιδίως κατά τους τελευταίους 6 μήνες: Details of the individual's currently prescribed medication and any other medication prescribed in the past years, with particular details in the last 6 months:
11.	Φαρμακευτική αγωγή τους 3 τελευταίους μήνες πριν από τη δοκιμασία πρόκλησης: Details of medication in the 3 last months prior to provocation test:

ΜΕΡΟΣ/PART II:

**Πληροφορίες Ελέγχου Αναπνευστικής Λειτουργίας
Pulmonary Function Testing information**

Ημερομηνία Εξέτασης / Date of test: _____

<input type="checkbox"/>	Δοκιμασία Βρογχοδιαστολής: Μεταβολή FEV ₁ μετά τη βρογχοδιαστολή σε σχέση με την αρχική μέτρηση:% Bronchodilator test: FEV ₁ change after bronchodilator compared to baseline:% Βρογχοδιασταλτικό που χρησιμοποιήθηκε - Δόση: Bronchodilator used - dose:
<input type="checkbox"/>	Δοκιμασία πρόκλησης με μεταχολίνη: Metacholine challenge test: PD ₂₀ =μmol ή/orμg/ PC ₂₀ =mg/mL
<input type="checkbox"/>	Δοκιμασίας πρόκλησης με εθελοντικό ευκαπνικό υπεραερισμό: Μείωση FEV ₁% εντός λεπτών Eucapnic Voluntary Hyperpnoea: FEV ₁ decrease of.....% withinminutes
<input type="checkbox"/>	Δοκιμασία πρόκλησης με άσκηση: Μείωση FEV ₁% εντός λεπτών Exercise challenge: FEV ₁ decrease of% within min Συνθήκες/Conditions: Ύπαιθρο/Εργαστήριο - Field/Laboratory
<input type="checkbox"/>	Δοκιμασία πρόκλησης με υπέρτονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου: Μείωση FEV ₁% εντός λεπτών Hypertonic saline test: FEV ₁ decrease of% within min
<input type="checkbox"/>	Δοκιμασία πρόκλησης με μαννιτόλη: Μείωση FEV ₁% εντός λεπτών Mannitol test: FEV ₁ decrease of % within min
<input type="checkbox"/>	Δοκιμασία πρόκλησης με μαννιτόλη: Μείωση FEV ₁% εντός λεπτών Histamine challenge test: FEV ₁ decrease of % within min

Σημειώσεις/Remarks: _____

Ημερομηνία/ Date: _____

Όνομα Θεράποντος Ιατρού /Physician Name: _____

Signature: _____