

PROVE DI FUNZIONALITA' RESPIRATORIA

Azienda: _____

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Mansione _____

Anzianità lavorativa presso l'azienda _____ anni

Patologie respiratorie pregresse _____

Fumo: no si _____ sigarette/die da _____ anni

Ha fumato prima del test

Collaborazione al test _____

Note _____

Sintesi: prova nella norma

Deficit ventilatorio ostruttivo lieve
 moderato
 grave

Deficit ventilatorio restrittivo lieve
 moderato
 grave

Deficit ventilatorio misto lieve
 moderato
 grave

Osservazioni: _____

Il Medico Esaminatore Dr. _____

Data: _____