

TESTE DE CONTROLE DA ASMA

para pacientes acima de 12 anos

Este teste ajuda seu médico a determinar se o seu plano de tratamento está dando certo ou precisa ser alterado

SAIBA A SUA NOTA E DISCUTA COM O SEU MÉDICO

PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE

1. Nas últimas **4 semanas**, por quanto tempo sua **asma** te atrapalhou na escola ou em casa?

O tempo todo (1) Muito tempo (2) Algumas vezes (3) Só um pouco (4) Nada (5)

2. Nas últimas **4 semanas**, com que frequência você teve falta de ar ?

Mais de 1x por dia (1) 1x p/ dia (2) 3 a 6 vezes p/ semana (3) 1 a 2 vezes p/ semana (4) Nada (5)

3. Nas últimas **4 semanas**, quantas vezes sua **asma** te acordou à noite ?

4 ou mais p/ semana (1) 2 ou 3 vezes p/ semana (2) 1x por semana (3) 1 ou 2 x por mês (4) Nada (5)

4. Nas últimas **4 semanas**, quantas vezes você usou a “bombinha” para sair da crise ?

3 ou mais por dia (1) 1 ou 2 vezes por dia (2) 2 a 3 vezes p/ semana (3) 1x p/ semana ou menos (4) Nada (5)

5. Como você classificaria o controle da sua **asma** na últimas **4 semanas** ?

Fora de controle (1) Mal controlada (2) Parcialmente controlada (3) Bem controlada (4) Completamente sob controle (5)

TOTAL



ATENÇÃO! Se a nota for 19 ou menos é provável que sua asma não está controlada como deveria. Discuta o resultado com seu médico