

AstmaKontrollTest

för 12 år eller äldre

Dagens datum.....

Patientens namn.....

- Steg 1** Ringa in din poäng för varje fråga och skriv in siffran i rutan till höger.
Svara så ärligt som möjligt. Detta kommer att hjälpa dig och din läkare att diskutera din astma.
- Steg 2** Lägg ihop dina poäng för att få din total.
- Steg 3** Gå igenom resultatet med din läkare eller sköterska.

1. Under de senaste **fyra veckorna**, hur stor del av tiden har du hindrats av din **astma** från att utföra dina normala aktiviteter på arbetet, i skolan eller hemma?

POÄNG

Hela tiden	1	En större del av tiden	2	En del av tiden	3	En mindre del av tiden	4	Ingen del av tiden	5	<input type="text"/>
------------	---	------------------------	---	-----------------	---	------------------------	---	--------------------	---	----------------------

2. Under de **senaste fyra veckorna**, hur ofta har du varit andfådd/upplevt andnöd?

Mer än en gång om dagen	1	En gång om dagen	2	Tre till sex gånger i veckan	3	En eller två gånger i veckan	4	Inte alls	5	<input type="text"/>
-------------------------	---	------------------	---	------------------------------	---	------------------------------	---	-----------	---	----------------------

3. Under de **senaste fyra veckorna**, hur ofta har du vaknat av dina **astmasymtom** (väsande andning, hosta, andfåddhet/andnöd, täthetskänsla eller värk i bröstet) under natten eller tidigare än vanligt på morgonen?

Fyra eller fler nätter i veckan	1	Två till tre nätter i veckan	2	En gång i veckan	3	En eller ett par gånger	4	Inte alls	5	<input type="text"/>
---------------------------------	---	------------------------------	---	------------------	---	-------------------------	---	-----------	---	----------------------

4. Under de **senaste fyra veckorna**, hur ofta har du använt din kortverkande luftvägsvidgare (som t.ex. Bricanyl, Ventoline, Airomir)?

Tre eller fler gånger per dag	1	En eller två gånger per dag	2	Två eller tre gånger per vecka	3	En gång i veckan eller mer sällan	4	Inte alls	5	<input type="text"/>
-------------------------------	---	-----------------------------	---	--------------------------------	---	-----------------------------------	---	-----------	---	----------------------

5. Hur skulle du bedöma din **astmakontroll** under de **senaste fyra veckorna**?

Inte alls kontrollerad	1	Dåligt kontrollerad	2	Till viss del kontrollerad	3	Väl kontrollerad	4	Helt kontrollerad	5	<input type="text"/>
------------------------	---	---------------------	---	----------------------------	---	------------------	---	-------------------	---	----------------------

POÄNGSUMMA

Om din poängsumma är 19 eller lägre kan detta vara ett tecken på att din astma inte är så välkontrollerad som den skulle kunna vara. Gå igenom resultatet med din läkare eller sköterska.

