



Nimi: _____ pvm: ____ . ____ .20 _____

Hetu: _____ paino / pituus: _____ / _____

OHJE: Seuraavat kysymykset käsittelevät astmasi hallintaa viimeisten 4 viikon ajalta. Ympyröi jokaisesta kysymyksestä sopivan vaihtoehdon pistemäärä. Ota täytetty lomake mukaan hoitajan / lääkärin vastaanottokäynneille.

Pistemäärä

Kysymys 1: Kuinka usein astmasi esti sinua toimimasta normaalisti työssä, koulussa tai kotona viimeisten 4 viikon aikana?

Koko ajan **1** Usein **2** Ajoittain **3** Harvoin **4** Ei kertaakaan **5**

Kysymys 2: Kuinka usein sinulla on ollut hengenahdistusta viimeisten 4 viikon aikana?

Useammin kuin kerran päivässä **1** Kerran päivässä **2** 3-6 kertaa viikossa **3** Kerran tai kaksi viikossa **4** Ei kertaakaan **5**

Kysymys 3: Kuinka usein heräsit astman oireisiin (hengityksen vinkuminen, yskiminen, hengenahdistus, puristava tunne tai kipu rintakehällä) yöllä tai aikaisin aamulla viimeisten 4 viikon aikana?

4 kertaa viikossa tai useammin **1** 2-3 yönä viikossa **2** Kerran viikossa **3** Kerran tai kaksi **4** En kertaakaan **5**

Kysymys 4: Kuinka usein olet käyttänyt nopeasti vaikuttavaa, sisään hengitettävää lääkettä (esim. Airomir[®], Bricanyl[®], Buventol[®] tai Ventoline[®]) viimeisten 4 viikon aikana?

3 kertaa päivässä tai useammin **1** 1 tai 2 kertaa päivässä **2** 2 tai 3 kertaa viikossa **3** Kerran viikossa tai harvemmin **4** En kertaakaan **5**

Kysymys 5: Kuinka itse arvioisit astman hallintaasi viimeisten 4 viikon aikana?

Ei ollenkaan hallinnassa **1** Huonosti hallinnassa **2** Jokseenkin hallinnassa **3** Hyvin hallinnassa **4** Täysin hallinnassa **5**

Finnish version of the Asthma Control Test™
The Asthma Control Test™ is a trademark of Quality Metric Incorporated © 2002
GlaxoSmithKline



Yhteensä

