

TESTE DE CONTROLE DA ASMA

para crianças de 4 a 11 anos

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



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

PEÇA SEU FILHO(A) PARA RESPONDER AS SEGUINTE PERGUNTAS:

1. Como está a sua bronquite hoje?

 0 Muito ruim	 1 Ruim	 2 Boa	 3 Muito boa
----------------------------	----------------------	---------------------	---------------------------

NOTA

2. Você tem problema quando corre, exercita ou pratica esporte?

 0 Muitos problemas! Não faço o que quero	 1 Tenho problemas e não gosto	 2 Pouco, mas tudo bem	 3 Não tenho problemas
--	---	-------------------------------------	-------------------------------------

3. Sua asma faz você tossir?

 0 Sim, o tempo todo	 1 Sim, muitas vezes	 2 Sim, poucas vezes	 3 Não, nenhuma vez
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

4. Você acorda de noite tossindo ou chiando?

 0 Sim, o tempo todo	 1 Sim, muitas vezes	 2 Sim, poucas vezes	 3 Não, nenhuma vez
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

PARA SER RESPONDIDO PELOS PAIS OU RESPONSÁVEIS:

5. Nas últimas 4 semanas, quantos dias seu filho(a) teve sintomas diurnos relacionados à asma?

5 Nenhum	4 1 a 3 dias	3 4 a 10 dias	2 11 a 18 dias	1 19 a 24 dias	0 Todos os dias
--------------------	------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------

6. Nas últimas 4 semanas, quantos dias seu filho(a) teve chieira durante o dia?

5 Nenhum	4 1 a 3 dias	3 4 a 10 dias	2 11 a 18 dias	1 19 a 24 dias	0 Todos os dias
--------------------	------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------

6. Nas últimas 4 semanas, quantos dias seu filho(a) acordou à noite por causa da asma?

5 Nenhum	4 1 a 3 dias	3 4 a 10 dias	2 11 a 18 dias	1 19 a 24 dias	0 Todos os dias
--------------------	------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------

TOTAL