

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