

# 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 p/ 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 p/ dia ① 1 ou 2 vezes p/ 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