



## Test kontrolny astmy

### Ustal własny indeks astmatyczny

#### 25 punktów: – Gratulacje!

W ciągu ostatnich 4 tygodni astma znajdowała się w Państwa przypadku **w pełni pod kontrolą**. Nie wystąpiły żadne dolegliwości i nie doszło do żadnych ograniczeń spowodowanych astmą. Zaleca się regularny kontakt z lekarzem, aby zachować możliwie najlepszą kontrolę.

#### 20 do 24 punktów: – Prawidłowy zakres

W ciągu ostatnich czterech tygodni astma była przez Państwa **dobrze kontrolowana**, jednak nie była to **pełna kontrola**. Państwa lekarz może pomóc w zapewnieniu możliwie **pełnej kontroli**.

#### Mniej niż 20 punktów – Poza prawidłowym zakresem

W ciągu ostatnich czterech tygodni astma prawdopodobnie **nie była kontrolowana**. Państwa lekarz może zalecić podjęcie odpowiednich działań, które pomogą lepiej kontrolować astmę.



Test kontrolny astmy

## Ankieta dotycząca kontroli astmy – ACT™

Niniejszy test może pomóc osobom chorym na astmę (w wieku 12 lat i starszych) w oszacowaniu na ile mają one astmę pod kontrolą.

W przypadku każdego pytania należy zakreślić odpowiednią odpowiedź. Ankieta składa się z 5 pytań.

Mogą Państwo obliczyć łączną liczbę punktów na podstawie ankiety dodając punkty uzyskane za poszczególne odpowiedzi. W każdym przypadku zaleca się rozmowę z lekarzem odnośnie uzyskanego wyniku. Na odwrocie znajdują Państwo wyjaśnienie, co oznaczają poszczególne ilości punktów.

**Krok 1:** Prosimy o zakreślenie w przypadku każdego pytania odpowiadającej Państwu odpowiedzi i wpisanie liczby punktów w kratce po prawej stronie.

Należy udzielać możliwie szczerych odpowiedzi. To pomoże Państwu oraz lekarzowi podczas rozmowy o astmie oraz w określeniu stopnia zaawansowania choroby.

**Krok 2:** Należy podliczyć punkty, aby uzyskać łączną wartość.

**Krok 3:** Na odwrocie znajdują Państwo wyjaśnienie, co oznaczają poszczególne ilości punktów.

<b>1</b>	<b>Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni astma nie pozwoliła Państwu wykonywać zwykłych czynności w pracy, w szkole/ na uczelni lub w domu?</b>	Zawsze <input type="checkbox"/> 1	często <input type="checkbox"/> 2	czasami <input type="checkbox"/> 3	rzadko <input type="checkbox"/> 4	nigdy <input type="checkbox"/> 5	punkty <input type="checkbox"/>	
<b>2</b>	<b>Jak często w ciągu ostatnich tygodni odczuwali Państwo dolegliwości związane z dusznościami?</b>	częściej niż raz dziennie <input type="checkbox"/> 1	raz dziennie <input type="checkbox"/> 2	3 do 6 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> 3	raz lub dwa razy w tygodniu <input type="checkbox"/> 4	wcale <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
<b>3</b>	<b>Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni budzili się Państwo w nocy, lub rano wcześniej niż zwykle w związku z dolegliwościami wynikającymi z astmy (świszczący oddech, kaszel, duszności, ucisk lub ból w klatce piersiowej).</b>	4 lub więcej nocy w tygodniu <input type="checkbox"/> 1	2 lub trzy noce w tygodniu <input type="checkbox"/> 2	raz w tygodniu <input type="checkbox"/> 3	raz lub dwa razy w ciągu 4 tygodni <input type="checkbox"/> 4	wcale <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
<b>4</b>	<b>Jak często w ciągu ostatnich czterech tygodni stosowali Państwo leki wziewne do inhalacji?</b>	3 razy dziennie lub częściej <input type="checkbox"/> 1	1 lub 2 razy dziennie <input type="checkbox"/> 2	2 lub 3 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> 3	raz w tygodniu <input type="checkbox"/> 4	wcale <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
<b>5</b>	<b>Na ile mieli Państwo kontrolę nad astmą w ciągu ostatnich 4 tygodni?</b>	wcale <input type="checkbox"/> 1	w niewielkim stopniu <input type="checkbox"/> 2	w pewnym stopniu <input type="checkbox"/> 3	w dużym stopniu <input type="checkbox"/> 4	w pełni <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
		<hr/>					Suma	<input type="checkbox"/>
		Nazwisko			Data			