



## Questionnaire sur le contrôle de l'asthme

### Déterminez votre valeur d'asthme

#### Score de 25 – Félicitations !

Vous MAÎTRISEZ PARFAITEMENT votre asthme.

Vous ne présentez aucun symptôme ni aucune restriction associés à l'asthme. Consultez votre médecin ou l'infirmière en cas de changement.

#### Score entre 20 et 24 – Dans la zone cible

Votre asthme EST PEUT-ÊTRE BIEN MAÎTRISÉ.

Votre médecin ou l'infirmière peut vous aider à CONTRÔLER PARFAITEMENT votre asthme.

#### Score inférieur à 20 – En-dehors de la zone cible

Votre asthme N'EST PEUT-ÊTRE PAS MAÎTRISÉ.

L'asthme, S'IL N'EST PAS MAÎTRISÉ peut présenter un grave danger pour la santé. Votre médecin ou l'infirmière peut recommander un programme d'intervention pour vous aider à mieux contrôler votre asthme.



Questionnaire sur le contrôle de l'asthme

## Questionnaire relatif au contrôle de l'asthme – ACT™

Le questionnaire sur la maîtrise de l'asthme est un EXERCICE SIMPLE destiné aux personnes asthmatiques (âgées de douze ans et plus). Vous pouvez répondre à ce test de CINQ QUESTIONS en ligne ou hors ligne.

Les résultats peuvent vous aider à déterminer dans quelle mesure vous maîtrisez votre asthme.

Nous vous recommandons de discuter des résultats avec votre médecin ou l'infirmière. Nous vous recommandons également de répondre au questionnaire à différents moments de l'année.

L'asthme est une maladie courante traitable qui peut grandement perturber votre qualité de vie. Les experts en médecine s'entendent maintenant pour dire que le niveau de maîtrise de l'asthme joue un rôle clé dans la détermination du meilleur traitement de cette maladie. Le questionnaire, élaboré par des pneumologues, a été scientifiquement éprouvé auprès de centaines d'asthmatiques. Grâce à lui, les personnes asthmatiques ainsi que leurs médecins et infirmières peuvent déterminer le traitement nécessaire.

**1<sup>ère</sup> étape :** mettez une croix, pour chaque question, à la réponse qui correspond à votre cas et inscrivez le nombre de points dans la case.

Veillez répondre avec autant d'honnêteté que possible. Cela vous aidera, ainsi que votre médecin, à parler de votre asthme et à découvrir le degré de gravité de votre asthme.

**2<sup>ème</sup> étape :** additionnez les points afin d'obtenir un total.

**3<sup>ème</sup> étape :** vous trouverez au verso la signification de votre nombre de points.

**1** Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il gêné(e) dans vos activités au travail, à l'école/université ou chez vous?

Tout le temps	La plupart du temps	Quelquefois	Rarement	Jamais	Points
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

**2** Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été essoufflé(e)?

Plus d'une fois par jour	Une fois par jour	3 à 6 fois par semaine	1 ou 2 fois par semaine	Jamais	Points
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

**3** Au cours des 4 dernières semaines, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin?

4 nuits ou plus par semaine	2 à 3 nuits par semaine	Une nuit par semaine	1 ou 2 fois en tout	Jamais	Points
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

**4** Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple salbutamol, terbutaline)?

3 fois par jour ou plus	1 ou 2 fois par jour	2 ou 3 fois par semaine	1 fois par semaine ou moins	Jamais	Points
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

**5** Comment évalueriez-vous votre asthme au cours des 4 dernières semaines?

Pas contrôlé du tout	Très peu contrôlé	Un peu contrôlé	Bien contrôlé	Totalement contrôlé	Points
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

Nom \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Somme