



## Test per il Controllo dell'Asma

### Verifichi il Suo punteggio dell'asma

#### **Punteggio dell'ACT 25 – complimenti!**

La tua asma è **COMPLETAMENTE SOTTO CONTROLLO**. Non hai sintomi né limitazioni dovute all'asma. Consulta il tuo medico se la situazione dovesse cambiare.

#### **Punteggio dell'ACT da 20 a 24 – vicino all'obiettivo**

La tua asma probabilmente è **BEN SOTTO CONTROLLO**. Il tuo medico potrebbe aiutarti a tenerla **COMPLETAMENTE SOTTO CONTROLLO**.

#### **Meno di 20 punti – inferiore all'obiettivo**

La tua asma potrebbe **NON ESSERE SOTTO CONTROLLO**. L'Asma **NON CONTROLLATA** può compromettere seriamente la tua salute. Il tuo dottore può consigliarti un piano di azione per aiutarti a migliorare il tuo controllo dell'asma.



Test per il Controllo dell'Asma

## Questionario sul controllo dell'asma – ACT™

Il Test per il Controllo dell'Asma ACT è un TEST SEMPLICE adatto a chi soffre di asma (persone dai 12 anni in su). Il test contiene CINQUE DOMANDE che puoi completare "on line" (durante il collegamento) oppure "offline" (senza collegamento).

I risultati possono aiutarti a determinare il livello di controllo della tua asma.

Può essere utile discutere il tuo punteggio ACT con il tuo medico curante. Può essere una buona idea completare questo test in diversi momenti dell'anno.

L'Asma è una patologia comune e curabile che può compromettere fortemente la qualità della vita. Gli esperti in campo medico oggi concordano sul fatto che il livello del controllo dell'asma è un punto cruciale per determinare il miglior trattamento per l'asma. Il Test per il Controllo dell'Asma è stato ideato da medici esperti di asma ed è stato scientificamente testato su centinaia di pazienti asmatici. Questo test fornisce ai pazienti ed ai loro medici curanti un punteggio utile a determinare quale è il livello di trattamento richiesto.

**1. passo:** Segni con una crocetta la risposta che più Le corrisponde per ogni domanda ed inserisca il punteggio nella casella a destra.

Risponda con la massima sincerità. Ciò aiuterà Lei ed il Suo medico a parlare di asma e capire quanto è forte la Sua asma.

**2. passo:** Faccia la somma del Suo punteggio per ottenere il valore complessivo.

**3. passo:** Sul retro scoprirà il significato del Suo punteggio.

**1** Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso l'asma ti ha impedito di fare tutto ciò che avresti fatto di solito al lavoro, a scuola/università o a casa?

Sempre	Molto spesso	A volte	Raramente	Mai	Punti
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

**2** Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso hai avuto il fiato corto?

Più di una volta al giorno	Una volta al giorno	Da 3 a 6 volte la settimana	Una o due volte la settimana	Mai	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

**3** Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso i sintomi dell'asma (fischio, tosse, fiato corto, costrizione o dolore al petto) ti hanno svegliato/a di notte o più presto del solito al mattino?

4 o più notti la settimana	Da 2 a 3 notti la settimana	Una volta la settimana	Una o due volte	Mai	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

**4** Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso hai usato il farmaco di emergenza per inalazione o per aerosol (come Salbutamolo)?

3 o più volte al giorno	1 o 2 volte al giorno	2 o 3 volte la settimana	Una volta la settimana o meno	Mai	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

**5** Nelle ultime 4 settimane, quanto credi di aver tenuto sotto controllo la tua asma?

Per niente sotto controllo	Scarsamente sotto controllo	Abbastanza sotto controllo	Ben sotto controllo	Completamente sotto controllo	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

Nome \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Totale