



## Astım Kontrol Testi

### Astım değerinizi tespit edin

#### **Puan: 25 – Tebrikler! -**

Son 4 hafta içinde astımınız TAMAMEN KONTROL ALTINDAYDI.  
Astım belirtiniz ve astımla ilgili sıkıntılarınız yoktu. Bu durumda bir değişiklik olursa doktor veya sağlık görevlinizle görüşünüz.

#### **Puan: 20 ile 24 arası – Hedefe yakınsınız**

Son 4 hafta içinde astımınız muhtemelen EPEYCE KONTROL ALTINDAYDI ama TAMAMEN KONTROL ALTINA ALINMIŞ DEĞİLDİ. Doktor veya sağlık görevliniz TAMAMEN KONTROL amacına ulaşmanıza yardımcı olabilir.

#### **Puan: 20'den az – Hedeften uzaktasınız**

Son 4 hafta içinde astımınız muhtemelen YETERİNCE KONTROL ALTINDA DEĞİLDİ. Doktor veya sağlık görevliniz astım kontrolünüzü geliştirmeye yardımcı olacak bir eylem planı önerebilir.



Astım Kontrol Testi

## Astım kontrolü – ACT™ soru formu

Bu test, astım hastalığı olan (12 yaş ve üzeri) insanların, astımlarını ne derece kontrol altına aldıklarını değerlendirmelerinde yardımcı olabilir.

Lütfen, her bir soruda uygun cevabı işaretleyin. Toplam 5 soru vardır.

Cevaplarınızın karşılığı puanları toplayarak, astım kontrolü soru formunun toplam puanını belirleyebilirsiniz. Netice hakkında mutlaka doktorunuza konuşun. Arka sayfadan puanlarınızın ne anlama geldiğini öğrenebilirsiniz.

**1. Adım:** Her bir soruda size uyan cevabı işaretleyin ve puanı sağdaki kutucuğun içine yazın.

Mümkün olduğunca dürüst cevap verin. Bu sayede hem kendinize hem de doktorunuza, astımınız üzerine konuşmak ve astımınızın gerçekte ne derecede olduğunu tespit etmek konusunda yardımcı olursunuz.

**2. Adım:** Puanları toplayıp, toplam değeri belirleyin.

**3. Adım:** Arka sayfada puanlarınızın ne anlama geldiğini öğrenebilirsiniz.

**1** Son 4 hafta içerisinde astımınız sizin işte, okulda veya evde yeterince çalışmanızı ne sıklıkta engelledi?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Çok az	Hiçbir zaman	Puanlar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	

**2** Son 4 hafta içerisinde ne kadar sıklıkta nefes darlığı hissettiniz?

Günde birden fazla	Günde bir kez	Haftada 3-6 kez	Haftada bir veya iki kez	Hiçbir zaman	Puanlar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	

**3** Son 4 hafta içerisinde astım şikâyetleriniz (hırıltı, öksürük, nefes darlığı, göğüs sıkışması veya ağrısı) kaç kez gece veya sabah normal kalkış saatinizden önce sizi uyandırdı?

Haftada 4 veya daha fazla gece	Haftada 2 veya 3 gece	Haftada bir kez	Bir veya iki kez	Hiçbir zaman	Puanlar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	

**4** Son 4 hafta içerisinde rahatlatıcı inhaler cihazınızı veya salbutamol türü nebulizer ilacınızı kaç kez kullandınız?

Günde 3 kez veya daha fazla	Günde 1 veya 2 kez	Haftada 2 veya 3 kez	Haftada bir kez veya daha az	Hiçbir zaman	Puanlar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	

**5** Son 4 haftadaki astım kontrolünüzü nasıl değerlendirirsiniz?

Kontrol dışı	Çok az kontrol altında	Biraz kontrol altında	Epey kontrol altında	Tamamen kontrol altında	Puanlar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	

İsim

Tarih

Toplam