Asthma Control Test - Gujarati

તમે ડૉક્ટર / નર્સ જોવા પહેલાં નીચેના પ્રશ્નો પૂર્ણ કરો  
દરેક પ્રશ્ન ધ્યાનથી વાંચો અને દરેક પ્રશ્ન માટે એક જવાબ પસંદ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | છેલ્લા 4 અઠવાડિયા દરમિયાન, કેટલી વાર તમારા અસ્થમાને તમારા બાળક તરીકે ખૂબ શાળા અથવા ઘર પર કરવામાં રહેલી અટકાવવા કર્યું? | | | | | | | | | |
| તમામ સમય | તો મોટા ભાગના વખતે | | | તે સમયના કેટલાક | | તે સમયના થોડું | | તે સમયના કોઈ નહીં |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 2 | છેલ્લા 4 અઠવાડિયા દરમિયાન, કેટલી વાર તમારા બાળક હાંફ ચઢવી ધરાવે? | | | | | | | | | |
| એક દિવસ એક કરતા વધુ વખત | દિવસમાં એકવાર | | | સપ્તાહ દીઠ 3-6 વખત | | સપ્તાહ દીઠ 1-2 વખત | | બધા |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 3 | (હાંફ ટૂંકા છટકબારી, ઉધરસ, છતી ભારે થવી,) તેમના અસ્થમા લક્ષણો તેમને રાત્રે અથવા વહેલી સવારે જાગે છેલ્લા 4 અઠવાડિયા દરમિયાન, કેટલી વાર હતી? | | | | | | | | | |
| સપ્તાહ દીઠ 4 અથવા વધુ વખત | સપ્તાહ દીઠ 2-3 રાત | | | સપ્તાહ દીઠ એક વખત | | એક કે બે વાર | | બધા |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 4 | છેલ્લા 4 અઠવાડિયા દરમિયાન, કેટલી વાર તેઓ તેમના વાદળી ઇન્હેલર વાપરવા હતી છે? | | | | | | | | | |
| દિવસ દીઠ 3 અથવા વધુ વખત | દિવસ દીઠ 1-2 વખત | | | સપ્તાહ દીઠ 2-3 વખત | | સપ્તાહ કે ઓછા દીઠ એક વખત | | બધા |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 5 | તમે કેવી રીતે ભૂતકાળમાં 4 અઠવાડિયા દરમિયાન તેમના અસ્થમા નિયંત્રણ રેટ છો? | | | | | | | | | |
| નિયંત્રિત નથી | નબળી નિયંત્રિત | | | કંઈક અંશે નિયંત્રિત | | સાથે સાથે નિયંત્રિત | | સંપૂર્ણપણે નિયંત્રિત |  |
|  |  |  | | |  | |  | |  |  |
|  |  |  | | |  | |  | | TOTAL |  |