Asthma Control Test – Hindi

**अस्थमा नियंत्रण टेस्ट**

आप डॉक्टर / नर्स को देखने से पहले निम्न सवालों को पूरा करें
प्रत्येक प्रश्न के ध्यान से पढ़ें और प्रत्येक प्रश्न के लिए एक जवाब का चयन

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | पिछले चार हफ्तों के दौरान, कितनी बार अपने अस्थमा अपने बच्चे के रूप में ज्यादा स्कूल या घर पर किया हो रही रोकने था? |
| पूरा समय | अधिकांश समय | समय के कुछ | समय का एक छोटा | समय से कोई भी |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | पिछले चार हफ्तों के दौरान, कितनी बार अपने बच्चे को सांस की तकलीफ पड़ा है? |
| एक दिन में एक बार से अधिक | दिन में एक बार | प्रति सप्ताह 3-6 बार | प्रति सप्ताह 1-2 बार | बिल्कुल नहीं |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | (सांस की कमी घरघराहट, खांसी, जकड़न,) अपने अस्थमा के लक्षणों उन्हें रात में या सुबह जल्दी जागना पिछले चार हफ्तों के दौरान, कितनी बार किया था? |
| प्रति सप्ताह चार या अधिक बार | प्रति सप्ताह 2-3 रातों | हर हफ्ते एक बार | एक या दो बार | बिल्कुल नहीं |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | पिछले चार हफ्तों के दौरान, कितनी बार वे अपने नीले इनहेलर का उपयोग करना पड़ा है? |
| प्रति दिन तीन या अधिक बार | प्रति दिन 1-2 बार | प्रति सप्ताह 2-3 बार | सप्ताह या उससे कम एक बार प्रति | बिल्कुल नहीं |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | कैसे आप पिछले चार हफ्तों के दौरान उनके अस्थमा नियंत्रण दर्जा देंगे? |
| नियंत्रित नहीं | खराब नियंत्रित | कुछ हद तक नियंत्रित | अच्छी तरह से काबू किया | पूरी तरह से नियंत्रित |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | TOTAL |  |