Asthma Control Test - Polish

Wypełnij poniższe pytania zanim zobaczyć lekarza / pielęgniarkę  
Przeczytaj uważnie każde i wybrać jedną odpowiedź na każde pytanie

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak często astma zapobiec dziecko coraz tyle zrobić w szkole lub w domu? | | | | | | | | | |
| Cały czas | Większość czasu | | | Jakiś czas | | Trochę czasu | | Żaden z czasem |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 2 | W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak często ma dziecko miał duszności? | | | | | | | | | |
| Więcej niż raz dziennie | Raz dziennie | | | 3-6 razy w tygodniu | | 1-2 razy tygodniowo | | Ani trochę |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 3 | W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak często ich objawy astmy (świszczący oddech, kaszel, ucisk, krótki oddech) obudzić je w nocy lub wcześnie rano? | | | | | | | | | |
| 4 lub więcej razy na tydzień | 2-3 dni w tygodniu | | | Raz na tydzień | | Raz lub dwa razy | | Ani trochę |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 4 | W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak często mają oni do korzystania z ich niebieski inhalator? | | | | | | | | | |
| 3 lub więcej razy dziennie | 1-2 razy dziennie | | | 2-3 razy na tydzień | | Raz na tydzień lub mniej | | Ani trochę |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 5 | Jak oceniasz ich kontroli astmy w ciągu ostatnich 4 tygodni? | | | | | | | | | |
| nie kontrolowany | słabo kontrolowana | | | nieco kontrolowanych | | dobrze kontrolowana | | całkowicie kontrolowanych |  |
|  |  |  | | |  | |  | |  |  |
|  |  |  | | |  | |  | | TOTAL |  |