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 |  |