

TESTE DO NÍVEL DE CONTROLE DA ASMA

Nas últimas quatro semanas:

1. A asma prejudicou suas atividades no trabalho, na escola ou em casa?

1

O tempo todo

2

A maioria das vezes

3

Algumas vezes

4

Poucas vezes

5

Nenhuma vez

2. Como está o controle da sua asma?

1

Totalmente descontrolada

2

Pobremente controlada

3

Um pouco controlada

4

Bem controlada

5

Completamente controlada

3. Quantas vezes você teve falta de ar?

1

Mais que uma vez ao dia

2

Uma vez ao dia

3

Três a seis vezes por semana

4

Uma ou duas vezes por semana

5

De jeito nenhum

4. A asma acordou você à noite ou mais cedo que de costume?

1

Quatro ou mais noites por semana

2

Duas ou três noites por semana

3

Uma vez por semana

4

Uma ou duas vezes

5

De jeito nenhum

5. Quantas vezes você usou o remédio por inalação para alívio?

1

Três ou mais vezes por dia

2

Uma ou duas vezes por dia

3

Poucas vezes por semana

4

Uma vez por semana ou menos

5

De jeito nenhum

INTERPRETAÇÃO:

20 - 25 Controlada

16 - 19 Pouco controlada

5 - 15 Não controlada