



Тест по контролю над астмой

Проверьте Ваше астматическое состояние

Результат: 25 – Поздравляем!

Вы **ПОЛНОСТЬЮ КОНТРОЛИРОВАЛИ** астму за последние 4 недели. У Вас не было симптомов астмы и связанных с ней ограничений. Регулярно консультируйтесь с врачом для поддержания хорошего состояния здоровья.

Результат: от 20 до 24 – Вы у цели

За последние 4 недели Вы **ХОРОШО КОНТРОЛИРОВАЛИ** астму, но **НЕ ПОЛНОСТЬЮ**. Ваш врач может помочь Вам добиться **ПОЛНОГО КОНТРОЛЯ**.

Результат: менее 20 – Мимо цели

За последние 4 недели Вам **НЕ УДАВАЛОСЬ КОНТРОЛИРОВАТЬ** астму. Ваш врач может посоветовать Вам, какие меры нужно принять, чтобы добиться улучшения контроля над Вашим заболеванием.

Тест по контролю над астмой

Анкета для контроля астмы – АСТ™

Этот тест может помочь астматикам (от 12 лет и старше) оценить, насколько хорошо они могут контролировать свое заболевание.

Для этого необходимо отметить крестиком соответствующий ответ напротив каждого вопроса. Всего нужно ответить на пять вопросов.

Сумму баллов по анкете для контроля астмы Вы можете определить, сложив баллы за все ответы. В любом случае, полученный результат необходимо обговорить с врачом. На обороте содержится информация, с помощью которой Вы можете узнать значение полученной суммы баллов.

Шаг № 1: Отметьте крестиком соответствующий ответ напротив каждого вопроса и запишите сумму баллов в клетку, расположенную справа.

Отвечайте максимально правдиво. Это поможет Вам и Вашему врачу точнее выяснить ситуацию и определить степень заболевания астмой.

Шаг № 2: Для получения суммарного значения подсчитайте общее количество баллов.

Шаг № 3: На обороте содержится информация, с помощью которой Вы узнаете значение полученной суммы баллов.

1 Как часто за последние 4 недели астма мешала Вам выполнять обычный объем работы в учебном заведении, на работе или дома?

Все время	Очень часто	Иногда	Редко	Никогда	Баллы
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

2 Как часто за последние 4 недели Вы отмечали у себя затрудненное дыхание?

Чаще, чем раз в день	Раз в день	От 3 до 6 раз в неделю	Один или два раза в неделю	Ни разу	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

3 Как часто за последние 4 недели Вы просыпались ночью или раньше, чем обычно, из-за симптомов астмы (свистящего дыхания, кашля, затрудненного дыхания, стеснения в груди или боли в груди)?

4 и более ночей в неделю	2 или 3 ночи в неделю	Один раз в неделю	Один или два раза за последние 4 недели	Ни разу	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

4 Как часто за последние 4 недели Вы использовали быстродействующий ингалятор

3 раза в день или чаще	1 или 2 раза в день	2 или 3 раза в неделю	Один раз в неделю или реже	Ни разу	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

5 Как бы Вы оценили, насколько Вам удалось контролировать астму за последние 4 недели?

Совсем не удавалось контролировать	Плохо удавалось контролировать	В некоторой степени удавалось контролировать	Хорошо удавалось контролировать	Полностью удавалось контролировать	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

Фамилия _____

Дата _____

Сумма _____