

Astmakontrolli ja allerginen riniitti-testi

Merkitse vastaus rastilla X ruutuun.

Kuinka usein viimeisten 4 viikon aikana sinulla on ollut allergisen hengitystiesairauden (astman/riniitin/allergian) takia:

	Ei kertaakaan	Enintään 2 päivää viikossa	Useammin kuin 2 päivää viikossa	Joka päivä tai lähes joka päivä
1. Nenä tukossa?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Aivastuksia?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Kutinaa nenässä?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Vuotava nenä?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Hengenahdistusta?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. Vinkunaa hengittäessäsi?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Ahdistusta rinnassa fyysisen rasituksen yhteydessä?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Väymystä/ vaikeuksia suoriutua jokapäiväisistä tehtävistä?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Herännyt yöllä allergisen hengitystiesairauden johdosta?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Kuinka usein olet 4 viimeisen viikon aikana:

	En käytä lääkkeitä	Ei koskaan	Vähemmän kuin 7 päivänä	7 päivänä tai useammin
10. Lisännyt lääkitystä (annosta tai annostelukertoja) allergisen hengitystiesairauden (allergian/astman/riniitin) takia?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0

Pisteitä _____

Kaikkien 10 kysymyksen summa; 0 - huonoin, 30 – paras

Päivämäärä __/__/____