

ASTIM VE ALLERJİK RİNİT İÇİN KONTROL TESTİ

Lütfen cevaplarınızı kutucukların içine () işareti koyarak belirtiniz.

Solunum yolları/allerjik hastalıklarınız (astım/rinit/allerji) nedeniyle,
Son 4 hafta boyunca, ortalama, kaç kez aşağıdaki sorunları yaşadınız:

	Hiç	Haftada 1 ya da 2 güne kadar	Haftada 2 günden fazla	Hemen hemen her gün ya da her gün
1. Burun tıkanıklığı?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Hapşırık?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Burun kaşınması?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Burun akması/damlaması?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Nefes darlığı/dispne?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. Göğüste hırıltı/ıslık sesi?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Bedensel eforla göğüste sıkışma?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Günlük etkinlikleri yaparken zorlanma/yorulma?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Gece boyunca solunum/alerjik hastalığı nedeniyle uyanma?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

	İlaç almıyorum	Hiç	7 günden az	7 gün ya da daha fazla
10. Son 4 hafta boyunca, solunum yolları/allerjik hastalıklarınız (astım/rinit/allerji) nedeniyle, kaç kez ilaçlarınızı kullanmayı arttırmak zorunda kaldınız.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0

//____