



## Controle da Asma e Rinite Alérgica para Crianças

1 de 2

Por favor, marque com um "xis" ☑ a resposta que **melhor** descreve a forma como você se sente em relação à alergia respiratória: asma/rinite nas 2 últimas semanas.

(Preenchido pela criança)

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Por causa da sua alergia respiratória: asma/rinite, nas últimas 2 semanas:

1. Seu nariz anda entupido?

Sim Não



2. Tem tido (muitos) espirros?

Sim Não



3. Tem tido muco / catarro ou o nariz (nariz escorrendo)?

Sim Não



4. Tem sentido falta de ar?

Sim Não



5. Tem sentido chiado no peito?

Sim Não



6. Tem tido tosse?

Sim Não



**7. Tem tido tosse, chiado ou aperto no peito durante exercício físico ou quando ri muito?**

Sim Não



**8. Tem tido falta de ar /dificuldade para fazer suas atividades por causa da sua alergia respiratória: asma/rinite?**

Sim Não



Agora é a vez dos pais!

### Preenchido pelos pais ou responsáveis

Por favor, assinale com um "xis"  a resposta que melhor descreve a forma como o seu filho / a sua filha se sentiu da alergia respiratória: asma/rinite, nas últimas 2 semanas

Nome (filho(a)): \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

### Nas últimas 2 semanas, o seu filho / a sua filha

**1. Acordou durante a noite por causa da alergia respiratória: asma/ rinite?**

Sim Não



**2. Tem tido queixas /sintomas ao acordar pela manhã por causa da alergia respiratória: asma/rinite?**

Sim Não



**3. Precisou faltar a escola ou em outras atividades por causa da alergia respiratória: asma/rinite?**

Sim Não



**4. Precisou tomar medicamentos ou usar mais medicamentos por estar pior da alergia respiratória: asma/rinite?**

Sim Não



**5. Precisou ir ao médico por ter piorado da alergia respiratória: asma/rinite?**

Sim Não

