



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

