

### **O que é?**

É um questionário que avalia o grau de controlo da asma e rinite em crianças dos 6 aos 12 anos.

A asma e rinite são patologias muitas vezes associadas e o estado clínico de uma afeta o estado da outra. Embora seja recomendada a sua avaliação em conjunto, não existia um questionário para esse fim. O projeto CARAT ([www.caratnetwork.org](http://www.caratnetwork.org)) respondeu a essa necessidade - primeiro desenvolveu uma versão para adultos, que é recomendada pela iniciativa ARIA ([www.whiar.org](http://www.whiar.org)), da Organização Mundial de Saúde, e agora desenvolveu esta versão para crianças em idade escolar.

### **Condições de utilização**

A utilização dos resultados deste questionário em decisões clínicas e terapêuticas é da inteira responsabilidade do decisor. Não podem ser dadas quaisquer garantias quanto à sua utilização.

O CARAT© Kids é livre para utilização clínica e gratuito para fins não comerciais / de marketing. É obrigatória a comunicação aos autores da sua utilização em qualquer iniciativa em que sejam agregados dados de diferentes pessoas. É proibida qualquer modificação (de formato, conteúdo ou suporte) não expressamente autorizada pelos autores.

Mais informações em:

**[www.caratnetwork.org](http://www.caratnetwork.org)**

**(A preencher pela criança)**

Por favor, assinala com uma cruz ☒ a resposta que melhor descreve a forma como te sentiste da tua alergia respiratória: asma/rinite nas últimas 2 semanas.

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

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



**1. Tens tido nariz entupido?**

Sim Não



**2. Tens tido espirros?**

Sim Não



**3. Tens tido ranho/pingo do nariz?**

Sim Não



**4. Tens tido falta de ar?**

Sim Não



**5. Tens tido pieira ou chiadeira no peito?**

Sim Não



**6. Tens tido tosse?**

Sim Não



**7. Durante o exercício físico ou com o riso, tens tido tosse, pieira ou aperto no peito?**

Sim Não



**8. Tens tido cansaço/sentido dificuldade em fazer as tuas atividades por causa da tua alergia respiratória: asma/rinite?**

Sim Não

Soma das respostas sim

**Agora é a vez dos pais! >**

**(A preencher pelos pais ou tutor)**

Por favor, assinala com uma cruz ☒ 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/filha): \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

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



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

Sim Não



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

Sim Não



**3. Teve de faltar à escola ou a atividades** por causa da alergia respiratória: asma/rinite?

Sim Não



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

Sim Não



**5. Teve de ir ao médico** por estar pior da alergia respiratória: asma/rinite?

Sim Não

Soma das respostas sim (pais/tutor)

**Total** (crianças+pais)