

Controlo da Asma e Rinite Alérgica Teste

Por favor, marque a sua resposta com um X ().

Por causa de suas doenças alérgicas respiratórias (asma/rinite/alergia),

Em média nas <u>últimas 4 semanas</u> , quantas vezes você teve:	Nunca	1 ou 2 dias por semana	Mais de 2 dias por semana	Quase todos ou todos os dias
1. Nariz entupido?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Espirros?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Coceira no nariz?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Coriza/nariz escorrendo?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Falta de ar/dispnéia?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. Chiado no peito?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Aperto no peito quando faz esforço físico?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Cansaço / dificuldade em fazer suas atividades ou tarefas do dia-a-dia?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Acordou durante a noite?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes teve que:	Não tomo medicamentos	Nunca	Menos de 7 dias	7 ou mais dias
Tomar mais medicamentos por causa de suas doenças alérgicas respiratórias (asma/rinite/alergia)?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0

Data: ___/___/___

_____ Pontuação questões 1-4

_____ Pontuação questões 5-10

Total _____ Pontuação questões 1-10
(somatório das 10 questões; pior 0; melhor 30)