



আপনার কি
হাঁপানির চিকিৎসা চলছে
এবং এগুলিতেও ভুগছেন¹



বন্ধ নাক?

সদি?

নাক চুলকানো বা হাঁচি?

এখনই
ব্যবস্থা নিন
অ্যালার্জিও গুরুত্বপূর্ণ

আপনার অ্যালার্জি জনিত সদি এবং হাঁপানি নিয়ন্ত্রণের ক্ষমতা কর্তৃ জানুন

1. Scadding G, Walker S. Poor asthma control? - then look up the nose. The importance of co-morbid rhinitis in patients with asthma. *Prim Care Respir J.* 2012; 21(2): 222-228.

কন্ট্রোল অফ অ্যালার্জিক রাইনাইটিস অ্যান্ড অ্যাজমা টেস্ট²⁻⁴



অনুগ্রহ করে নীচের বক্সগুলিতে একটি কাটা (X) চিহ্ন দিন

গত 4 সপ্তাহে অ্যালার্জি জনিত শ্বাসের অসুখের (হাঁপানি, রাইনাইটিস, অ্যালার্জি) জন্য আপনি এগুলোতে কতবার ভুগেছেন	কখনও না	সপ্তাহে 2 দিন পর্যন্ত	সপ্তাহে 2 দিনের বেশী	প্রায় প্রত্যেক দিন
1. বন্ধ নাক?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. হাঁচি?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. নাক চুলকানো?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. সর্দি?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. শ্বাসকষ্ট / ডিসপনিয়া?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. বুকের মধ্যে সাঁ সাঁ শব্দ?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. শারীরিক পরিশ্রমের ফলে বুকে চাপ অনুভব করা?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. অ্যালার্জি জনিত শ্বাসপ্রশ্বাসের অসুখের কারণে ক্লান্তিপ্রাত্যাহিক কাজকর্মে অক্ষমতা?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. অ্যালার্জি জনিত শ্বাসপ্রশ্বাসের অসুখের কারণে রাতে ঘুম ভেঙ্গে যাওয়া?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

গত 4 সপ্তাহে অ্যালার্জি জনিত শ্বাসপ্রশ্বাসের অসুখের (হাঁপানি, রাইনাইটিস, অ্যালার্জি) জন্য আপনি কতবার ভুগেছেন	আমি কোন ওযুথ নিছি না	কখনও না	7 দিনের কম	7 দিন বা তার চেয়ে
10. আপনার ওয়ুথের ব্যবহার (মাত্রা বা ব্যবহার করার সংখ্যা) বৃদ্ধি করেছেন?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

মোট ক্ষেত্র: _____

(10 টি প্রশ্নের যোগফল, 0-সবচেয়ে খারাপ, 30-সবচেয়ে ভাল)

24 এর বেশী ক্ষেত্রে অসুখের ভালো নিয়ন্ত্রণ সূচিত করে

উপরের শ্বাসনালীর সংক্ষ (আইটেম 1-4): _____ সংক্ষ ≥ 8 এর অর্থ সুনিয়ন্ত্রিত
নীচের শ্বাসনালীর সংক্ষ (আইটেম 5-10): _____ সংক্ষ ≥ 16 এর অর্থ সুনিয়ন্ত্রিত

2. CARAT®. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test. Accessed on 2014 May 30. Available at <http://www.caratnetwork.org/>

3. Nogueira-Silva L, et al. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT): dissemination and applications in primary care. *Prim Care Respir J.* 2013; 22(1): 112-116.

4. Fonseca JA, et al. Validation of a questionnaire (CARAT10) to assess rhinitis and asthma in patients with asthma. *Allergy.* 2010 Aug;65(8):1042-8.

অঙ্গীকারমূলক বিবৃতি প্রুই উপকরণে প্রদত্ত তথ্য কেবল মাত্র জন্য সচেতনতার জন্য এবং কোন চিকিৎসা পরামর্শ নির্দিষ্ট করে না। আপনার রোগ সংক্রান্ত কোন প্রশ্ন অথবা সংশয় থাকলে অনুগ্রহ করে আপনার চিকিৎসকের সঙ্গে পরামর্শ করুন।

ক্যারাট:

- দি কন্ট্রোল অফ অ্যালার্জিক রাইনাইটিস অ্যান্ড অ্যাজমা টেস্ট (CARAT) প্রথম প্রশ্নাবলী যেটি একযোগে হাঁপানি এবং অ্যালার্জি জনিত রাইনাইটিসের নিয়ন্ত্রণের মূল্যায়ন করে।
- CARAT প্রশ্নাবলী 10টি প্রশ্ন নিয়ে গঠিত।
- এটিতে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে
 - a. উপর এবং নিচের শ্বাসনালীর উপসর্গ,
 - b. ঘুমের ব্যাঘাত
 - c. কাজকর্মের সীমাবদ্ধতা, এবং
 - d. চার সপ্তাহ সময়সীমার মধ্যে ওষুধ বাড়ানোর প্রয়োজনীয়তা
- উত্তর গুলি চার পয়েন্ট স্কেল দ্বারা মাপা হয়, যেক্ষেত্রে মোট সপ্তাহ্য সংক্ষ 0 (ন্যূনতম নিয়ন্ত্রণ) থেকে 30 (সর্বাধিক নিয়ন্ত্রণ) হিসাবে খরা হয়।

Acknowledgement:

The publishers would like to acknowledge CARAT team (<http://www.caratnetwork.org>) for their support regarding CARAT questionnaire.

GlaxoSmithKline Pharmaceuticals Limited,
Dr Annie Besant Road, Worli,
Mumbai – 400 030 (India).





ನೀವು
ಆಸ್ಥಮಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವಿರಾ
ಮತ್ತು ಅನುಭವಿಸೇತ್ತಿರುವಿರಾ¹

ಮೂಗು ಕಟ್ಟುತ್ತದೆಯೆ?

ಮೂಗಿನಲ್ಲಿ ಸುರಿಯುತ್ತದೆಯೆ?

ಮೂಗಿನಲ್ಲಿ ಕೆರೆತ ಅಥವಾ ಸೀನುವಿಕೆ ಇದೆಯೆ?

ಈಗಲೇ ಕಾಯ್ದಿರತರಾಗಿ
ಅಲಜೆಗಳನ್ನು ವರಿಗಳಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ

ನಿಮ್ಮ ಅಲಜೆಕ್ಕೆ ರ್ಯಾನ್ಸೆಟಿನ್ ಮತ್ತು ಆಸ್ಥಮಾ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಸ್ಮೋರ್ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಿ

ಕರ್ನಾಟಕ ಆರ್ಥಿಕ ಅಲಜೆಂಟ್ ರೈನ್ಸ್ ಟಿಸ್ ಮತ್ತು ಆಸ್ತಮಾ ಟೆಸ್ಟ್ 2-4



ದಯವಿಟ್ಟು ತೋಬಕ್ಕಣಿಂತು ಕೂಡಾ ನೊಂದಿಗೆ (X) ಗುರುತಿಸಿ

ಕಳೆದ 4 ವಾರಗಳಿಂದ ನಿಮ್ಮ ಅಲಜೆಂಟ್ ಉಸಿರಾಟದ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದಾಗಿ (ಆಸ್ತಮಾ, ರೈನ್ಸ್ ಟಿಸ್, ಅಲಜೆಂಟ್ ಗಳು) ಸರಾಸರಿಯಾಗಿ ನೀವು ಇವುಗಳನ್ನು ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಹೊಂದಿರುವಿರಿ:

	ಎಂದಿಗೂ ಇಲ್ಲ	ಎರಡ್ದು 2 ದಿನಗಳವರೆಗೆ	ಎರಡ್ದು 2 ದಿನಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು	ಒಮ್ಮೆಯೇ ಪ್ರತಿ ದಿನ
1. ಕಟ್ಟಿದ ಮೂಗು?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. ಸೀನುವಿಕೆ?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. ಮೂಗಿನಲ್ಲಿ ಕೆರತವೆ?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. ಮೂಗಿನಲ್ಲಿ ಸುರಿಯುತ್ತದೆಯೆ?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. ಉಸಿರಾಟದ ಸಮಸ್ಯೆ?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. ಎದೆಯಲ್ಲಿ ಉಬ್ಬನ್ನೆ?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. ರೈನ್ಸ್ ಟಿಸ್ ವ್ಯಾಯಾಮದಿಂದಾಗಿ ಎದೆಯಲ್ಲಿ ಬಿಗಿತೆ?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. ನಿಮ್ಮ ಅಲಜೆಂಟ್ ಉಸಿರಾಟದ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದಾಗಿ ದ್ರೈಸಂದಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಸುಸ್ತು/ಕುಂರಿತಗೌಳಿಸುತ್ತದೆಯೆ?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. ನಿಮ್ಮ ಅಲಜೆಂಟ್ ಉಸಿರಾಟದ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದಾಗಿ ರಾತ್ರಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟು ರವಾಗುತ್ತದೆಯೆ?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

ಕಳೆದ 4 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಅಲಜೆಂಟ್ ಯ ಉಸಿರಾಟದ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದಾಗಿ (ಆಸ್ತಮಾ, ರೈನ್ಸ್ ಟಿಸ್, ಅಲಜೆಂಟ್ ಗಳು), ನೀವು ಇವುಗಳನ್ನು ಬಾರಿ ಹೊಂದಿರುವಿರಿ:

10. ನಿಮ್ಮ ಜೈವಧಿಗಳ ಬಳಕೆ (ಹೊಳೇಬೊ ಅಥವಾ ಅವರೆನೇ) ಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿರುವಿರಾ?

ನಾನು ಯಾವುದೇ ಜೈವಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಹೊಳ್ಳುತ್ತಿಲ್ಲ

ಎಂದಿಗೂ ಇಲ್ಲ

7 ದಿನಗಳಿಗೂ ಕಡಿಮೆ

7 ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚು

ಒಟ್ಟು ನೇಡ್ಲೋ: _____

(ಎಲ್ಲ 10 ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಮೊತ್ತ 0 - ಕಳೆದೆ, ಉತ್ತಮ - 30)

24 ಕ್ಷುಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಂತಹ ರೋಗದ ಉತ್ಪತ್ತಿ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ

ಮೇಲೆನಿನ ಉಸಿರಾಟದ ಮಾರ್ಗದ ಅಂತ (ಇಟಂ 1-4): ಅಂತಹ ≥ 8 ಆಗಿದ್ದರೆ _____ ನಿಯಂತ್ರಣಾತ್ಮಕ
ಕೆಳಗಿನ ಉಸಿರಾಟದ ಮಾರ್ಗದ ಅಂತ (ಇಟಂ 5-10): ಅಂತಹ ≥ 16 ಆಗಿದ್ದರೆ _____ ನಿಯಂತ್ರಣಾತ್ಮಕ

2. CARAT®. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test. Accessed on 2014 May 30. Available at <http://www.caratnetwork.org/>

3. Nogueira-Silva L, et al. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT): dissemination and applications in primary care. *Prim Care Respir J.* 2013; 22(1): 112-116.

4. Fonseca JA, et al. Validation of a questionnaire (CARAT10) to assess rhinitis and asthma in patients with asthma. *Allergy.* 2010 Aug;65(8):1042-8.

ಹಕ್ಕುವಿರಾಕರಣೆ: ಈ ವಿವರಗಳನ್ನು ಗೊಂದಿರಿಸುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಿಖಿತಾರ್ಥಿಗೆ ಮಾತ್ರವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಜೈವಧಿ ಸೂಚನೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವುದಿಲ್ಲ. ನಿಮ್ಮ ಸ್ಥಿತಿಯ ಕುರಿತು ನಿಮ್ಮಲ್ಲಿ ಇನಾದರೂ ಪ್ರಶ್ನೆ ಅಥವಾ ಕಳೆವಳಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ವ್ಯಾರಸ್ತು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ.

ಕೆರಾಟ್:



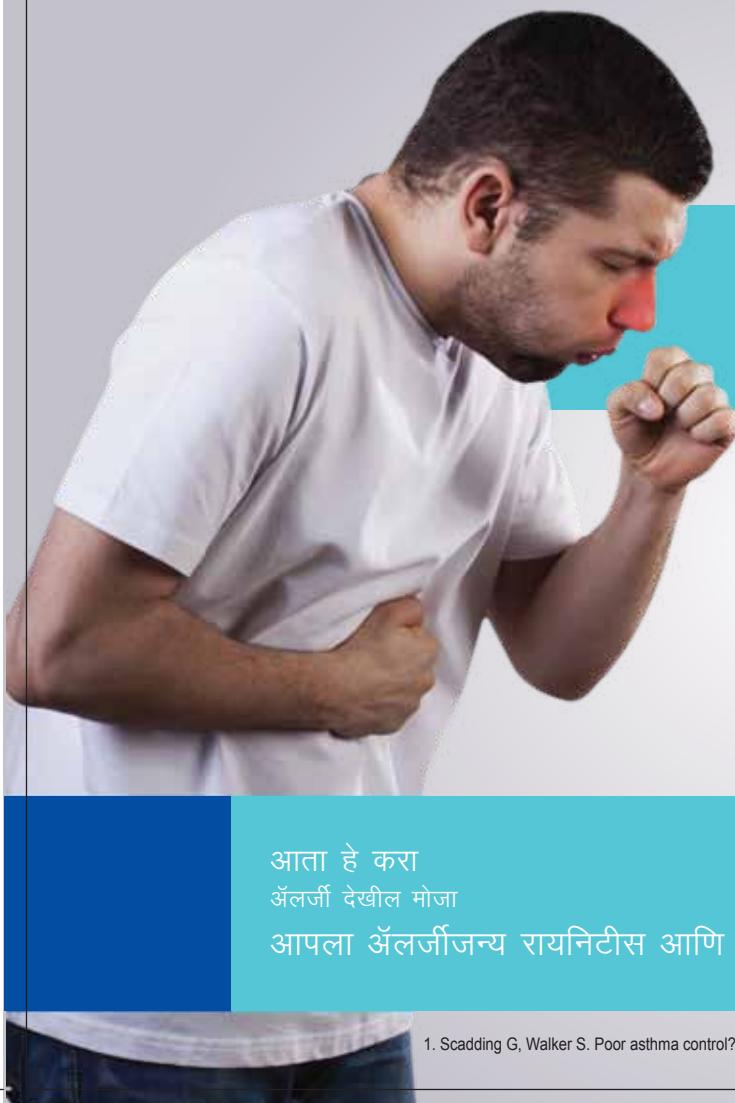
- ಕೆಂಟೊಲ್ ಅಥ ಅಲಜೆಕ್ ರೈನ್ಸ್ ಟಿಸ್ ಮತ್ತು ಆಸ್ಟ್ರಮಾ ಟಿಸ್ (ಕೆರಾಟ್) ಎಂಬುದು ಆಸ್ಟ್ರಮಾ ಮತ್ತು ಅಲಜೆಕ್ ರೈನ್ಸ್ ಟಿಸ್ ನ ನಿಯಂತ್ರಣ ಮತ್ತು ಪರಿಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮೌಲ್ಯೋಕರಿಸುವ ಲು ಮೊದಲ ಶಾಖಾಯಾಗಿದೆ.
- ಕೆರಾಟ್ ವ್ರಶಾವಳಿಯು 10 ವರ್ತೀಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ.
- ಇದು ಇವುಗಳನ್ನು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ
 - ಏಲಿನ ಮತ್ತು ಕೆಳಗಿನ ಉಸಿರಾಟ ಮಾರ್ಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳು,
 - ಸಿದ್ದೆಯ ತಡೆ
 - ಚಹುವಟಿಕೆಯಲ್ಲಿ ನಿಯಂತ್ರಣ, ಮತ್ತು
 - ಸುಮಾರು ನಾಲ್ಕು ವಾರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಜೀವಧಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಆಗತ್ಯ.
- 0 (ಕನಿಷ್ಠ ನಿಯಂತ್ರಣ) ರಿಂದ 30 (ಗರಿಷ್ಠ ನಿಯಂತ್ರಣ) ವರೆಗೆ ಒಟ್ಟು ಸಂಭವನೀಯ ಅಂಕಗಳಿನುವ ಮೂಲಕ, ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ನಾಲ್ಕು-ಪಾಯಿಂಟ್ ವ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ರೇಂಟ್ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಮಾನ್ಯತೆ:

ಕೆರಾಟ್ ವ್ರಶಾವಳಿಯ ಕುರಿತಾಗಿ ಅದರ ಬೆಂಬಲಕ್ಕಾಗಿ (<http://www.caratnetwork.org>) ಕೆರಾಟ್ ತಂಡ ಸಮೂಕಿನಲು ವ್ರಚಾರಕರು ಬಯಸುತ್ತಾರೆ.

ಘಾರ್ಮಾಂಸೆಟ್‌ಕ್ಲ್ರೂಸ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್, ಡಾ.
ಅನಿಬಿಸೆಂಟ್ ರಸ್ಸೆ ಪ್ರೋಲೆಂಟ್,
ಮುಂಬ್ಯೆ - 400 030 (ಭಾರತ).





आपण दम्यावरील
उपचार घेत आहात
आणि आपल्याला खालील गोष्टी जाणवतात¹

■ नाक कॉंडणे?

■ वाहते नाक?

■ नाकामध्ये खाज येणे किंवा शिंका येणे?

आता हे करा
अॅलर्जी देखील मोजा

आपला अॅलर्जीजन्य रायनिटीस आणि दम्याचा नियंत्रण स्कोअर जाणून घ्या

1. Scadding G, Walker S. Poor asthma control? - then look up the nose. The importance of co-morbid rhinitis in patients with asthma. *Prim Care Respir J.* 2012; 21(2): 222-228.

कंट्रोल ऑफ अॅलर्जीक रायनिटीस अँड अस्थमा टेस्ट²⁻⁴



कृपया खालील रकान्यामध्ये (X) अशी युण करा.

आपल्या अॅलर्जीजन्य श्वसनासंबंधीच्या आजारामध्ये (दमा(अस्थमा), रायनिटीस, अॅलर्जी) मागील 4 आठवड्यात, सरासरी आपण किती वेळा या गोष्टी अनुभवल्या:	कधीही नाही	प्रत्येक आठवड्यात 2 दिवसांपर्यंत	प्रत्येक आठवड्यात 2 दिवसांपेक्षा जास्त दिवस	जवळपास दररोज
1. नाक कोऱ्डणे?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. शिंका येणे?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. नाकामध्ये खाज येणे?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. वाहते नाक?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. श्वास घेण्यात अडचण येणे / श्वासावरोध?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. छातीत घरघर होणे?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. शारीरिक व्यायामानंतर छातीत घटूपणा येणे?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. आपल्या अॅलर्जीजन्य श्वसनासंबंधीच्या आजारांमुळे आपल्याला दैनंदिन कामे करताना थकल्यासारखे जाणवणे?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. आपल्या अॅलर्जीजन्य श्वसनासंबंधीच्या आजारांमुळे रात्रीअपरात्री उठणे?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

आपल्या अॅलर्जीजन्य श्वसनासंबंधीच्या रोगामध्ये (दमा(अस्थमा), रायनिटीस, अॅलर्जी) मागील 4 आठवड्यात, आपण किती वेळा:	मी कोणतीही औषधे घेत नाही	कधीही नाही	7 दिवसांपेक्षा कमी	7 किंवा जास्त दिवस
10. आपली औषधे (डोस किंवा वारंवारता) घेणे वाढवले?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0

एकूण स्कोअर:

(सर्व 10 प्रश्नांची बेरीज, 0 – वाईट, 30 – सर्वोत्तम)

24 पेक्षा जास्त असलेला स्कोअर आजाराचे नियंत्रण चांगले असल्याचे सूचित करतो.

वातनलिकेच्या वरच्या भागातील(प्रश्न 1-4) स्कोअर संख्या: _____ ≥ 8 असल्यास, नियंत्रित आहे.

वातनलिकेच्या खालच्या भागातील(प्रश्न 5-10) स्कोअर संख्या: स्कोअर संख्या: _____ ≥ 16 असल्यास, नियंत्रित आहे.

2. CARAT®. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test. Accessed on 2014 May 30. Available at <http://www.caratnetwork.org/>

3. Nogueira-Silva L, et al. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT): dissemination and applications in primary care. *Prim Care Respir J.* 2013; 22(1): 112-116.

4. Fonseca JA, et al. Validation of a questionnaire (CARAT10) to assess rhinitis and asthma in patients with asthma. *Allergy.* 2010 Aug;65(8):1042-8.

अस्वीकृती: यामध्ये असणारी माहिती केवळ सामान्य जागरूकतेसाठी आहे व ती कोणताही वैद्यकीय सल्ला पुरवित नाही. आपल्या आजाराच्या स्थितीसंबंधी कोणतेही प्रश्न किंवा समस्या

असल्यास कृपया आपल्या डॉक्टरांचा सल्ला घ्या.

कॅरट:



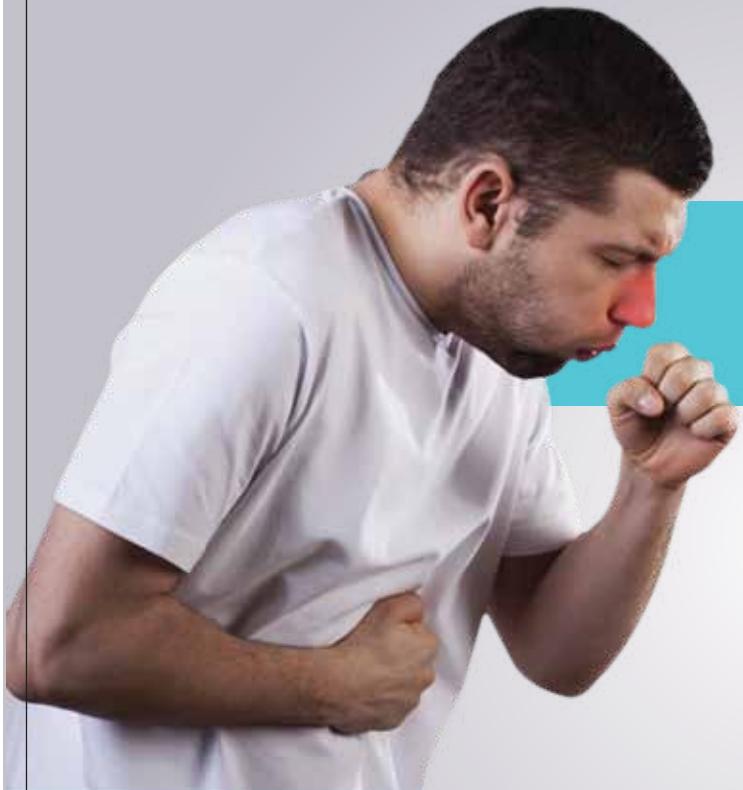
- कंट्रोल ऑफ अॅलर्जीक रायनिटीस अँड अस्थमा टेस्ट (कॅरट) ही अॅलर्जीक रायनिटीस व अस्थमा यांच्या नियंत्रणाचे स्वतंत्ररित्या मुल्यांकन करणारी प्रथम प्रश्नावली आहे.
- कॅरट प्रश्नावलीमध्ये 10 प्रश्न समाविष्टीत आहेत.
- हे खालील गोष्टी स्पष्ट करते
 - a. वातनलिकेच्या वरच्या व खालच्या भागातील लक्षणे
 - b. झोपेमध्ये होणारा अडथळा,
 - c. दैनंदिन क्रियामध्ये येणाऱ्या मर्यादा, आणि
 - d. चार आठवड्यांपेक्षा जास्त कालावधीसाठी औषधोपचार वाढवण्याची आवश्यकता
- प्रश्नांच्या उत्तरांचे एकूण संभाव्य नियंत्रण स्कोअर 0 (किमान नियंत्रण स्कोअर) ते 30 (कमाल नियंत्रण स्कोअर) सह चार—अंकाच्या प्रमाणावर मुल्यांकन केले जाणार आहे.

ऋणनिर्देश:

प्रकाशक कॅरट प्रश्नावली संबंधातील CARAT टीम (<http://www.caratnetwork.org>) च्या सहाय्याबद्दल त्यांचे आभार मानू इच्छित आहेत.

ग्लॅक्सोस्मिथक्लाइन फार्मास्युटिकल्स लिमिटेड,
डॉ. अन्नी बेरसंट रोड, वरळी,
मुंबई: 400 030 (भारत)।





ଆପଣ କ'ଣ ଆସ୍ଥମା ଚିକିତ୍ସାଧୀନ ଅଛନ୍ତି ଓ ଅନୁଭବ କରୁଛନ୍ତି¹

ନାକ ବନ୍ଦ ହେବା ?

ନାକରୁ ପାଣି ବୋହିବା ?

ନାକ ସଲସଲ ହେବା କିମ୍ବା ଛିଙ୍କ ?

ବର୍ତ୍ତମାନ ସଜାଗ ହୁଅନ୍ତି
ଆଲଜିସ୍ ମଧ୍ୟ ଖୁବ୍ ଗୁରୁତ୍ବପୂର୍ଣ୍ଣ ଅଣେ

ଆପଣଙ୍କ ଆଲଜିସ୍ କିମ୍ବା ରାଇନାଇଟିସ୍ ଓ ଆସ୍ଥମା ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ଫୋର୍ କୁ ଜାଣନ୍ତୁ

1. Scadding G, Walker S. Poor asthma control? - then look up the nose. The importance of co-morbid rhinitis in patients with asthma. *Prim Care Respir J.* 2012; 21(2): 222-228.

ଆସ୍ତ୍ରମା ପରୀକ୍ଷା ଓ ଆଲଜ୍ଜିକ୍ ରାଇନାଇଟିସ୍ଟର ନିୟୁକ୍ତିଣ୍ଠା²⁻⁴



ଏକ (x) ଚିହ୍ନ ସହ ନିମ୍ନୋକ୍ତ ବାକ୍ସୁଗୁଡ଼ିକୁ ଚିହ୍ନିତ କରନ୍ତୁ

ଗତ 4 ସପ୍ତାହ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କ ଆଲଜ୍ଜିକ୍ ରେସ୍‌ପିରେଗେରି ରୋଗ କାରଣରୁ ହାରାହାରି କେତେଥର (ଆସ୍ତ୍ରମା, ରାଇନାଇଟିସ୍ଟ, ଆଲଜ୍ଜି) ହୋଇଛି:

	କେବେଳୁହଁ	ପ୍ରତି ସପ୍ତାହରେ 2 ଦିନ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ	ପ୍ରତି ସପ୍ତାହରେ 2 ଦିନରୁ ଅଧିକ	ପ୍ରାୟତଃ ସବୁଦିନ
1. ନାକ ବନ୍ଦହେବା ବା ଉଣ୍ଠିହେବା?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. ଛିଙ୍କ?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. ନାକ ସଲ୍‌ସଲ୍?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. ନାକରୁ ପାଣିବେହିବା?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. ନିଶ୍ଚାସ ଅକ୍ରମେବା/ଡିସନିଆ ବା ଧଳ୍‌ପେଲି ହେବା?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. ଛାଟିରେ ସୁପୁରି ଶବ୍ଦହେବା?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. ଶାରୀରିକ ବ୍ୟାୟାମ କଲେ ଛାଟି ଶାର୍କ୍ ଲାଗିବା?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. ଦେଇଲିନ କାମ କଲାବେଳେ ଆପଣଙ୍କ ଆଲଜ୍ଜିକ୍ ରେସ୍‌ପିରେଗେରି ରୋଗ କାରଣରୁ କ୍ଲାଷ୍ଟିପଣ୍ଟ/ସାମିତ କାମକରିବା?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. ଆପଣଙ୍କ ଆଲଜ୍ଜିକ୍ ରେସ୍‌ପିରେଗେରି ରୋଗ କାରଣରୁ ଘାଟିରେ ନିଦ ଭାଙ୍ଗିଯିବା?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

ଗତ 4 ସପ୍ତାହ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କ ଆଲଜ୍ଜିକ୍ ରେସ୍‌ପିରେଗେରି ରୋଗ କାରଣରୁ କେତେଥର ଆପଣଙ୍କ (ଆସ୍ତ୍ରମା, ରାଇନାଇଟିସ୍ଟ, ଆଲଜ୍ଜି) ହୋଇଥିଲା?

10. ଆପଣଙ୍କ ଔଷଧ ସେବନରେ ବୃଦ୍ଧି (ପାନ ବା ବାର୍ଷାରତା)

ମୁଁ କୌଣସି ଔଷଧ
ସେବନ କରୁନାହିଁ

କେବେଳୁହଁ	7 ଦିନରୁ କମ	7 କିମ୍ବା ଅଧିକ
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2
		<input type="checkbox"/> 0

ସମୂଦ୍ର ଝୋର: _____

(ସମୟ 10ଟି ପ୍ରଶ୍ନର ସମ୍ବାଧ, 0-ଖୁବ୍ ଖରାପ, ଖୁବ୍ ଭଲ-30)

24ରୁ ଅଧିକ ଝୋର ଭଲ ରୋଗ ନିୟମିତ ଦର୍ଶାଏ

ଉପର ଶ୍ଵାସପଥ ଝୋର (1ରୁ-4ଥର): _____ ଯଦି ଝୋର ≥ 8 ଥାଏ ତେବେ ନିୟୁକ୍ତି

ତଳ ଶ୍ଵାସପଥ (5ରୁ-10ଥର): _____ ଯଦି ଝୋର ≥ 16 ଥାଏ ତେବେ ନିୟୁକ୍ତି

2. CARAT®. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test. Accessed on 2014 May 30. Available at <http://www.caratnetwork.org/>

3. Nogueira-Silva L, et al. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT): dissemination and applications in primary care. *Prim Care Respir J.* 2013; 22(1): 112-116.

4. Fonseca JA, et al. Validation of a questionnaire (CARAT10) to assess rhinitis and asthma in patients with asthma. *Allergy.* 2010 Aug;65(8):1042-8.

ସ୍ଵର୍ଗପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ: ମେଚେରିଆଲରେ ପ୍ରକାଶିତ ସ୍ଵର୍ଗା ଗୁଡ଼ିକ କେବଳ ଯାଧାରଣ ସବେତନତା ପାଇଁ ଏବଂ କୌଣସି ତାକୁରା ପରାମର୍ଶ ଦିଖାଇଛି । କୌଣସି ପ୍ରଶ୍ନ କିମ୍ବା ବିଷୟରେ, ଯାହା ଆପଣଙ୍କ ଅବସ୍ଥା ବିଷୟରେ ଆପଣଙ୍କ ମନରେ ଆସେ, ଦୟାକର ଆପଣଙ୍କ ଚିକିତ୍ସକଙ୍କ ସହ ପରାମର୍ଶ କରନ୍ତୁ ।

କାରାଟ୍: (ସିଇଆର୍‌ୱେଟି):

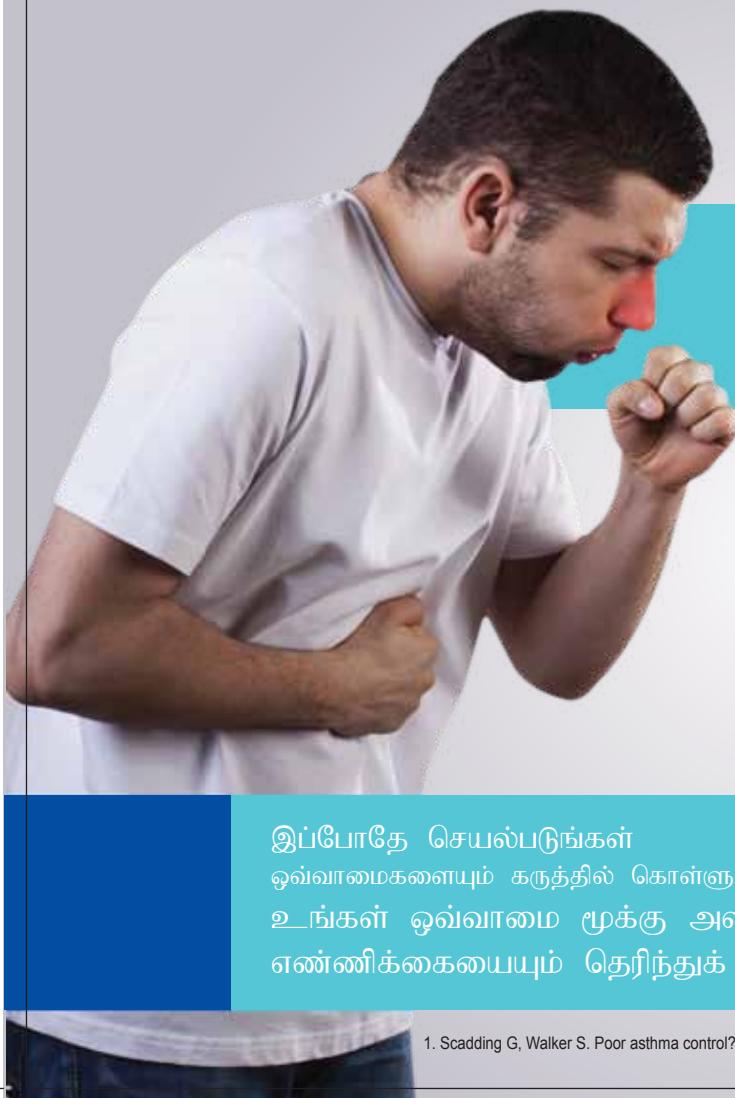
- କଣ୍ଠୋଳ୍ ଅଫ୍ ଆଲଜିକ୍ ରାଇନାଇଟିସ୍ ଓ ଆସ୍ତମା ଟେଷ୍ଟ (ସିଇଆର୍‌ୱେଟି) ଏକ ପ୍ରଥମ ପ୍ରଶ୍ନାବଳୀ ଅଟେ ଯୁଗ୍ମଭାବରେ ଆସ୍ତମା ଓ ଆଲଜିକ୍ ରାଇନାଇଟିସ୍ର ନିଷ୍ପତ୍ତିଶର ଆକଳନ ଅଟେ ।
- କାରାଟ୍: (ସିଇଆର୍‌ୱେଟି) ପ୍ରଶ୍ନାବଳୀ 10ଟି ପ୍ରଶ୍ନକୁ ନେଇ ଗଠିଛି ।
- ଏହା ସମ୍ମୋଧନ କରେ:
 - a. ଉପର ଓ ଚଳ ବାୟୁ ବା ଶ୍ଵାସପଥ ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକୁ
 - b. ନିଦରେ ବ୍ୟାଘାତ
 - c. କାମଦାମରେ ସାମିତ ହେବା ଓ
 - d. ଚାରି ସପ୍ତାହ ସମୟ ମଧ୍ୟରେ ଔଷଧ ବରେଇବା ଆବଶ୍ୟକତା
- ଉତ୍ତର ଗୁଡ଼ିକ ଚାରି ପଥଶ୍ଵରିଶିକ୍ଷା ଫ୍ଳେଲ୍‌ରେ ରେଣେଡ୍ କରାଯାଇଅଛି, 0 (ସର୍ବନିମ୍ନ ନିଷ୍ପତ୍ତିଶର) ରୁ 30 (ସର୍ବଧିକ ନିଷ୍ପତ୍ତିଶର) ସାମା ମଧ୍ୟରେ ସମୁଦାୟ ସମ୍ବୂଦ୍ୟ ଫ୍ଲୋର ପହି ।

ଅଭିସ୍ୱୀକୃତି:

ପ୍ରକାଶକମାନେ କାରାଟ୍ ଦଳକୁ (<http://www.caratnetwork.org>) କାରାଟ୍ ପ୍ରଶ୍ନାବଳୀ ପ୍ରତି ତାଙ୍କର ସମର୍ଥନ ପାଇଁ ଅଭିସ୍ୱୀକୃତି କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛନ୍ତି ।

ଗ୍ରାହ୍କୋସ୍ତିଥକ୍କାଇନ୍ ଫାର୍ମାସ୍ୟୁଟିକାଲ୍ ଲିମିଟେଡ୍,
ଡ. ଆନ୍ତି ବେସନ୍ତ ରୋଡ୍, ଖୋଲ୍,
ମୁଣ୍ଡାଇ - 400 030(ଭାରତ)





நீங்கள்

ஆஸ்துமா சிகிச்சையைப் பெற்றுவருகிறீர்களா
பின்வருபவற்றை அனுபவிக்கிறீர்களா¹

■ முக்கடைப்பு?

■ முக்கு ஒழுகல்?

■ முக்கு அரிப்பு அல்லது தும்மல்?

இப்போதே செயல்படுங்கள்

ஒவ்வாமைகளையும் கருத்தில் கொள்ளுங்கள்

உங்கள் ஒவ்வாமை முக்கு அலர்ஜியையும் ஆஸ்துமா கட்டுப்பாட்டு
எண்ணிக்கையையும் தெரிந்துக் கொள்ளுங்கள்

கன்ட்ரோல் ஆஃப் அலெர்ஜிக் ரைனைட்டிஸ் அண்டு ஆஸ்த்மா டெஸ்ட்²⁻⁴



பின்வரும் பெட்டிகளை ஒரு க்ராஸ் (X) குறியால் குறித்திடுக்கள்

கடந்த 4 வாரங்களில், உங்கள் ஓவ்வாமை சார்ந்த கவாச நோய்களால், சராசரியாக, எத்தனை முறை உங்களுக்குப் பின்வருபவை ஏற்பட்டது?	எப்போதும் இல்லை	ஒரு வாரத்திற்கு 2 நாட்கள் வரை	ஒரு வாரத்திற்கு 2 நாட்களுக்கு மேல் தினமும்	
1. முக்கடைப்பு ?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. தூம்மல்?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. முக்கு அரிப்பு?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. முக்கு ஒழுகல்?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. முச்கவிடுவதில் சிரமம்?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. நெஞ்சில் முச்சிரைப்பு?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. உடற்பயிற்சி செய்தால் நெஞ்ச இறுக்கம்?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. உங்கள் ஓவ்வாமை சார்ந்த கவாச நோய்களால் தினசரி வேலைகளை செய்வதில் கண்டப்பட்டது?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. உங்கள் ஓவ்வாமை சார்ந்த கவாச நோய்களால் இரவில் எழுந்துக் கொள்கிறீர்களா?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

கடந்த 4 வாரங்களில், உங்கள் ஓவ்வாமை சார்ந்த கவாச நோய்களால் (ஆஸ்துமா, நாசி ஓவ்வாமைகள், ஓவ்வாமைகள்) நீங்கள் எத்தனை முறை இதனை செய்தீர்கள்?	நான் எந்த மருந்துகளையும் சாப்பிடுவதில்லை	எப்போதுமில்லை	7 நாட்களுக்குள்	7 அல்லது அதற்கு அதிகமான
10. உங்கள் மருந்துகளின் பயன்பாட்டை (மருந்தாவு அல்லது காலமுறை) அதிகரித்தது?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0

மொத்த மதிப்பெண்கள்: _____

(அனைத்து 10 கேள்விகளின் மொத்தம், 0 மிக மோசம், சிறந்தது - 30)

24 க்கு அதிகமான மதிப்பெண்கள் நல்ல நோய் கட்டுப்பாட்டை குறிக்கிறது

மேல் முச்கக்குழாயின் மதிப்பெண் (கேள்வி 1-4): _____ மதிப்பெண் ≥ 8 ஆக இருந்தால் கட்டுப்படுத்தப்பட்டது
 கீழ் முச்கக்குழாயின் மதிப்பெண் (கேள்வி 5-10): _____ மதிப்பெண் ≥ 16 ஆக இருந்தால் கட்டுப்படுத்தப்பட்டது

2. CARAT®. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test. Accessed on 2014 May 30. Available at <http://www.caratnetwork.org/>

3. Nogueira-Silva L, et al. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT): dissemination and applications in primary care. *Prim Care Respir J.* 2013; 22(1): 112-116.

4. Fonseca JA, et al. Validation of a questionnaire (CARAT10) to assess rhinitis and asthma in patients with asthma. *Allergy.* 2010 Aug;65(8):1042-8.

Disclaimer: Information appearing in this material is for general awareness only and does not constitute any medical advice. Please consult your physician for any question or concern you may have regarding your condition.

கேரட்:



- கண்ட்ரோல் ஆஃப் அலெர்ஜிக் ரைனைட்டில் அண்டு ஆஸ்துமா டெஸ்ட் (CARAT) என்பது ஆஸ்துமா மற்றும் ஏவ்வாமை அழுங்சியின் கட்டுப்பாட்டை மதிப்பிடுவதற்கான முதல் கேள்வித் தாள்.
- கேரட் கேள்வித் தாள் 10 கேள்விகளைக் கொண்டுள்ளது.
- இது பின்வருபவற்றை உள்ளடக்கியது
 - a. மேல் மற்றும் கீழ் முச்சக்குழாய் அறிகுறிகள்,
 - b. தூக்க தொந்தரவு,
 - c. செயல்பாட்டு வரம்பு, மற்றும்
 - d. நான்கு வார காலத்திற்குப் பிறகு மருந்தை அதிகரிப்பதற்கான தேவை.
- பதில்கள் நான்கு-மதிப்பெண் அளவிகோளில் கணக்கிடப்படும், இதற்கான மொத்த சாத்தியமான மதிப்பெண் 0 (குறைந்தபட்ச கட்டுப்பாடு) முதல் 30 (அதிகப்பட்ச கட்டுப்பாடு) வரை இருக்கும்.

Acknowledgement:

The publishers would like to acknowledge CARAT team (<http://www.caratnetwork.org>) for their support regarding CARAT questionnaire.

GlaxoSmithKline Pharmaceuticals Limited,
Dr Annie Besant Road, Worli,
Mumbai – 400 030 (India).





మీకు ఆస్థమాకు చికిత్స చేయబడుతున్నదా?

మరియు మీరు వీటిని అనుభూతి చెందుతున్నారా¹

■ నాసికా రద్దీ?

■ ముక్కు కారడం?

■ ముక్కులో దురద లేదా తుమ్ములు?

ఇప్పుడే చర్య తీసుకోండి
అలర్జీలు కూడా శెక్కలోనికి వస్తాయి
మీ అలెర్జీక్ రినిటిస్ మరియు ఆస్థమా నియంత్రణ స్టోర్సు తెలుసుకోండి

ఆలెర్జీక్ రినిటిస్ మరియు ఆస్థమా టెస్ట్ నియంత్రణ²⁻⁴



దయచేసి దిగువ బాక్సులను క్రాన్ (X) తో మార్క్ చేయండి.

మీ అలర్జీక్ శ్వాస వ్యాధులు(ఆస్థమా, రినిటిస్, అలర్జీలు) కారబాగా గడిచిన 4 వారాల్లో, సగటున మీరు ఎన్నిసార్లు:

	ఎన్నడూ కాదు	ప్రతి వారం 2 రోజులు వరకు	ప్రతి వారం 2 కంటే ఎక్కువ	దాదాపు ప్రతి రోజు
1. ముక్కు, మూసుకుపోవడం?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. తుమ్ముడం?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. ముక్కులో దురద?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. ముక్కు కారడం	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. శ్వాస ఆడకపోవడం/	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. ఛాతీలో గురక	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. శారీరక వ్యాయామం వల్ల ఛాతీలో బిగుతు?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. మీ అలర్జీక్ శ్వాస వ్యాధుల వల్ల అలసిపోవడం/మీ రోజువారి పనులు చేయడంలో పరిమితం ఆయ్యారా?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. మీ అలర్జీక్ శ్వాస వ్యాధుల వల్ల రాత్రి సమయంలో నిర్మ లేవాల్సి వచ్చిందా?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

గడిచిన నాలుగు వారాల్లో, మీ యొక్క అలర్జీక్ శ్వాస వ్యాధులు, (ఆస్థమా, రినిటిస్, అలర్జీలు) వల్ల మీరు ఎన్నిసార్లు:

10. మీ అలర్జీక్ శ్వాస వ్యాధుల వల్ల రాత్రి సమయంలో నిర్మ లేవాల్సి వచ్చిందా?

నేను ఎటువంటి బొఫ్ఫాలను తీసుకోలేదు	ఎన్నడూ కాదు	7 రోజుల 7 రోజులు	7 లేదా అంతకంటే ఎక్కువ రోజులు
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0

ముత్తం స్నీరు:_____

(10 ప్రత్యుష ముత్తం, 0 – క్లించించడం, అత్యుత్తమం – 30)

24కంటే ఎక్కువగా ఉండి స్నీరు మంచి వ్యాధి నియంత్రణను తెలియజ్ఞుంది

పై గాలికోశంలో స్నీరు(ఇటమ్ 1-4): _____ కంట్రోల్ ఒకవేళ స్నీరు ≥ 8 అయితే
దిగువ గాలి గదుల యొక్క స్నీరు (ఇటమ్ 5-10): _____ కంట్రోల్ ఒకవేళ స్నీరు ≥ 16 కంటే ఎక్కువగా ఉన్నట్లుయితి

2. CARAT®. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test. Accessed on 2014 May 30. Available at <http://www.caratnetwork.org/>

3. Nogueira-Silva L, et al. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT): dissemination and applications in primary care. *Prim Care Respir J.* 2013; 22(1): 112-116.

4. Fonseca JA, et al. Validation of a questionnaire (CARAT10) to assess rhinitis and asthma in patients with asthma. *Allergy.* 2010 Aug;65(8):1042-8.

డెన్సెక్స్ మర్క్: ఈ మెట్రియల్ కనిపించే సమాచారం సాధారణ అవగాహన కొరకు మాత్రమే మరియు ఎటువంటి షైర్డ్ సలహను అందించడు. మీ పరిస్థితికి సంబంధించి మీకు ఏమైనా ప్రశ్నలు లేదా సందేహాలన్నట్లుయితి దయచేసి మీ షైర్డ్ డిస్ట్రిబ్యూషన్ నియంత్రణం

క్యారట్:



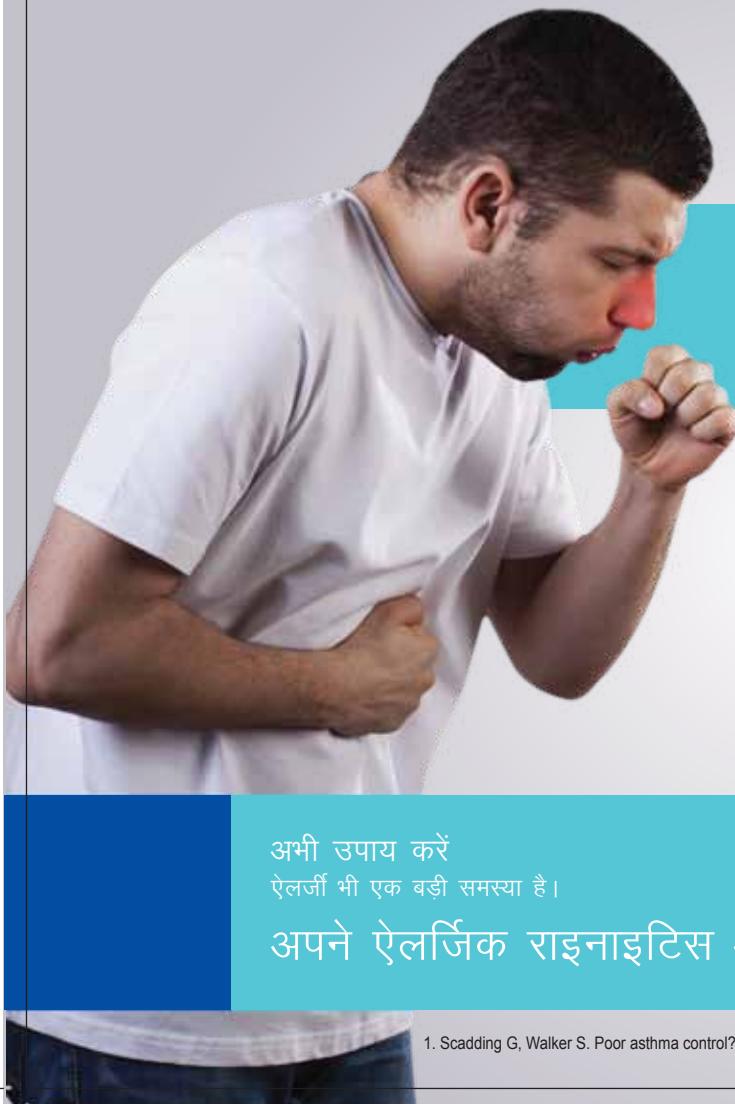
- ఆస్థమా మరియు అలరిజ్ రినిటిస్ ను ఏకకాలంలో మదింపు చేసి మొట్టమొదటటి ప్రశ్నావళిని కంట్రీల్ ఆఫ్ అలరిజ్ రినిటిస్ మరియు ఆస్థమా టెస్ట్(క్యారట్).
- క్యారట్లో మొత్తం 10 ప్రశ్నలున్నాయి.
- ఇది వీటిని అడ్స్ చేస్తుంది
 - a. షైన మరియు దిగువ గాలిమార్గాల యొక్క లక్షణాలు
 - b. నిద్ర అంతరాయాలు
 - c. కార్బక్లాపం పరిమితి, మరియు
 - d. నాలుగు వారాల కాలంలో కొషధాల వాడకాన్ని వెంచడం
- సమాధానాలు నాలుగు పొయింట్లు స్నేలు మీద రేట్ చేయబడతాయి, సంభావ్య స్క్రోర్ 0 (కనీస నియంత్రణ) నుంచి 30 (గరిష్ట నియంత్రణ) వరకు ఉంటాయి.

అభినందనలు:

క్యారట్ ప్రశ్నావళికి సంబంధించి వారి మద్దతు కొరకు క్యారట్ టీమ్ (<http://www.caratnetwork.org>) ను ప్రమాదారులు అభినందిస్తున్నారు.

గౌక్కో స్కూల్ క్ల్యూన్ ఫోర్మ్యూటికల్
లిమిటెడ్ డా. అనిచిసెంట్ రోడ్, వర్సి,
ముంబాయి - 4000 030 (భారత్)





क्या आप
दमा (अस्थमा) का इलाज करवा रहे हैं
और आप निम्नांकित परेशानियां अनुभव कर रहे हैं¹

■ नाक बंद होना?

■ नाक बहना?

■ नाक की खुजाहट या छींक?

अभी उपाय करें
ऐलर्जी भी एक बड़ी समस्या है।

अपने ऐलर्जिक राइनाइटिस और अस्थमा कंट्रोल स्कोर को जानिए

कंट्रोल ऑफ ऐलर्जिक राइनाइटिस एंड अस्थमा टेस्ट^{2,4}



कृपया निम्नांकित वॉक्सों पर क्रॉस (X) के निशान लगाएं

आपके ऐलर्जिक रेस्पिरेटरी रोग (अस्थमा, राइनाइटिस, ऐलर्जी) के कारण पिछले 4 हफ्तों में औसतन कितनी बार आप में ये समस्याएं पैदा हुईं:

1. बंद नाक ?

2. छोंक ?

3. नाक की खुजाहट ?

4. नाक का बहना ?

5. सांस लेने में कठिनाई ?

6. सीने की घरघराहट ?

7. शारीरिक व्यायाम के बाद सीने में खिचाव ?

8. आपके ऐलर्जिक रेस्पिरेटरी रोग के कारण थकावट/दैनिक कार्यों को करने में परेशानी ?

9. आपके ऐलर्जिक रेस्पिरेटरी रोग के कारण रात में नींद से जगना ?

आपके ऐलर्जिक रेस्पिरेटरी रोग (अस्थमा, राइनाइटिस, ऐलर्जी) के कारण पिछले 4 हफ्तों में औसतन कितनी बार आप में ये समस्याएं पैदा हुईं:

मैं कोई दवा नहीं
ले रहा हूँ।

कभी नहीं

7 दिनों से
कम

7 या अधिक
दिन

10. आपकी दवाओं का इस्तेमाल (खुराक या बारंबारता) बढ़ा ?

कुल स्कोर:

(सभी 10 प्रश्नों का योग, 0 – सबसे बुरा, सबसे अच्छा – 30)

24 से अधिक स्कोर, अच्छे रोग नियंत्रण की सूचना देते हैं।

ऊपरी एयरवे (वायुमार्ग) का स्कोर (प्रश्न क्रमांक 1–4): _____ नियंत्रित, यदि स्कोर ≥ 8 है।

निचले एयरवे (वायुमार्ग) का स्कोर (प्रश्न क्रमांक 5–10): _____ नियंत्रित, यदि स्कोर ≥ 16 है।

2. CARAT®. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test. Accessed on 2014 May 30. Available at <http://www.caratnetwork.org/>

3. Nogueira-Silva L, et al. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT): dissemination and applications in primary care. *Prim Care Respir J.* 2013; 22(1): 112-116.

4. Fonseca JA, et al. Validation of a questionnaire (CARAT10) to assess rhinitis and asthma in patients with asthma. *Allergy.* 2010 Aug;65(8):1042-8.

v Hold j.k%इस सामग्री में निहित सूचना केवल सामान्य जागरूकता के लिए है और इनमें किसी प्रकार की चिकित्सीय सलाह नहीं है। कृपया किसी प्रश्न या अपने रोग से जुड़ी किसी पूछताछ के लिए अपने चिकित्सक से संपर्क करें।

सी ए आर ए टी:

- कंट्रोल ऑफ ऐलर्जिक राइनाइटिस एंड अस्थमा टेस्ट (सी ए आर ए टी) पहली प्रश्नावली है, जो एक साथ अस्थमा और ऐलर्जिक राइनाइटिस के कंट्रोल की जानकारी प्रदान करती है।
- सी ए आर ए टी प्रश्नावली में 10 प्रश्न शामिल हैं।
- यह टेस्ट संबोधित करता है
 - a. ऊपरी और निचले एयरवे (वायुमार्ग) से जुड़े लक्षणों को,
 - b. नींद की कमी,
 - c. गतिविधि में कमी, तथा
 - d. चार हप्ते की अवधि में दवा खाने में वृद्धि की जरूरत।
- उत्तरों को चार-बिंदु वाले पैमाने के आधार पर अंक / स्कोर दिए जाते हैं, जहां कुल संभावित स्कोर 0 (न्यूनतम कंट्रोल) से लेकर 30 (अधिकतम कंट्रोल) है।

v ~~H1j~~ %

प्रकाशक सी ए आर ए टी टीम (<http://www.caratnetwork.org>) को सी ए आर ए टी प्रश्नावली में उनकी सहायता के लिए आभार व्यक्त करना चाहते हैं।

ग्लैक्सोस्मिथकिलन फार्मास्युटिकल्स लिमिटेड,
डॉ. ऐनी बेसेंट रोड, वर्ली,
मुम्बई: 400 030 (इंडिया)।





શું તમે
અસ્થમાની સારવાર લઈ રહ્યા છો
અને અનુભવી રહ્યા છો¹



■ નાક બંધ થઈ જવું?

■ વહેતું નાક?

■ નાકમાં ખંજવાળ કે છીક?

હમણાં જ સારવાર લો
એલજી ને અવગાણશો નહીં

તમારા એલજીક રાઈનાઈટિસ અને અસ્થમા નિયંત્રણ આંક જાણો

કંટ્રોલ ઓફ એલર્જી રાઈનાઈટિસ એન્ડ અસ્થમા ટેસ્ટ²⁻⁴



નીચેના બોક્સમાં કોસ (X) ની નિશાની કરવા વિનંતી

છેલ્લા 4 અઠવાડિયામાં તમારી એલર્જી શ્વસન બીમારીઓને કારણે (અસ્થમા, રાઈનાઈટિસ, એલર્જીઓ), સરેરાશપણે, કેટલી વાર:

	ક્યારેય નાઈ	અઠવાડિયા માં ૨ દિવસ સુધી	અઠવાડિયામાં ૨ કરતાં વધુ દિવસ માટે	લગભગ દરરોજ
1. નાક બંધ થઈ જતું?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. ધીકો આવવી?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. નાકમાં ખંજવાળ?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. વહેતું નાક?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. શ્વાસ ચઠવો/શ્વાસ ફૂલવો?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. ધીતીમાં સીસોડી જેવો આવાજ આવવો?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. શારીરિક કસરત કરવાથી છાતી ભારે થઈ જવી?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. તમારી એલર્જી શ્વસન બીમારીઓને કારણે ડૈનિક કાર્યોમાં થાક લાગવો/મર્યાદા આવવી?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. તમારી એલર્જી શ્વસન બીમારીઓને કારણે રાત્રિ દરમિયાન બીધમાંથી જગ્ગી જતું?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

છેલ્લા 4 અઠવાડિયામાં તમારી એલર્જી શ્વસન બીમારીઓને કારણે (અસ્થમા, રાઈનાઈટિસ, એલર્જીઓ), સરેરાશપણે, કેટલી વાર:

10. તમારી દવાઓના ઉપયોગમાં વધારો (માત્રામાં અથવા વારંવાર ઉપયોગ)?

હું કોઈ દવાઓ લેતો નથી

ક્યારેય
નાઈ

૭ દિવસ
કરતાં ઓછા

૭ કે વધુ
દિવસો

કુલ સ્કોર:

(તમામ 10 પ્રશ્નોનો સરવાળો, ૦-સૌથી બચાબ, શ્રેષ્ઠ-૩૦)

24 કરતાં વધુ સ્કોર સાંનું બીમારી નિયંત્રણ દર્શાવે છે

ઉપરી શ્વસનતંત્રનો સ્કોર (પ્રશ્નો 1-4): _____ જો સ્કોર ≥ 8 હોય તો નિયંત્રિથ થાય છે

નિમ્ન શ્વસનતંત્રનો સ્કોર (પ્રશ્નો 5-10): _____ જો સ્કોર ≥ 16 હોય તો નિયંત્રિથ થાય છે

2. CARAT®. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test. Accessed on 2014 May 30. Available at <http://www.caratnetwork.org/>

3. Nogueira-Silva L, et al. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT): dissemination and applications in primary care. *Prim Care Respir J.* 2013; 22(1): 112-116.

4. Fonseca JA, et al. Validation of a questionnaire (CARAT10) to assess rhinitis and asthma in patients with asthma. *Allergy.* 2010 Aug;65(8):1042-8.

Disclaimer: Information appearing in this material is for general awareness only and does not constitute any medical advice. Please consult your physician for any question or concern you may have regarding your condition.

- કન્ટ્રોલ ઓફ એલર્જીક રાઇનાઈટિસ એન્ડ અસ્થમા ટેસ્ટ (CARAT) એક સાથે થતા અસ્થમા અને એલર્જીક રાઇનાઈટિસના નિયંત્રણનું આકલન કરવા માટેની પ્રથમ પ્રશ્નાવલી છે.
- CARAT પ્રશ્નાવલીમાં ૧૦ પ્રશ્નોનો સમાવેશ થાય છે.
- તે નીચેના મુદ્દાઓને વ્યક્ત કરે છે
 - a. ઉપર અને નીચેના શાસન તંત્રના લક્ષણો
 - b. ઉધમાં વિક્ષેપ
 - c. પ્રવૃત્તિમાં મર્યાદા
 - d. ચાર અઠવાડિયાના ગાળામાં દવા લેવાની માત્રામાં વધારો કરવાની જરૂરિયાત
- જવાબોને એક ચાર-બિંદુ માપદંડ પર મૂલ્યાંકિત કરવામાં આવે છે, કુલ આંક ૦ (ન્યૂનમત નિયંત્રણ) થી ૩૦ (મહત્તમ નિયંત્રણ) ની શુંખલામાં આવી શકે છે

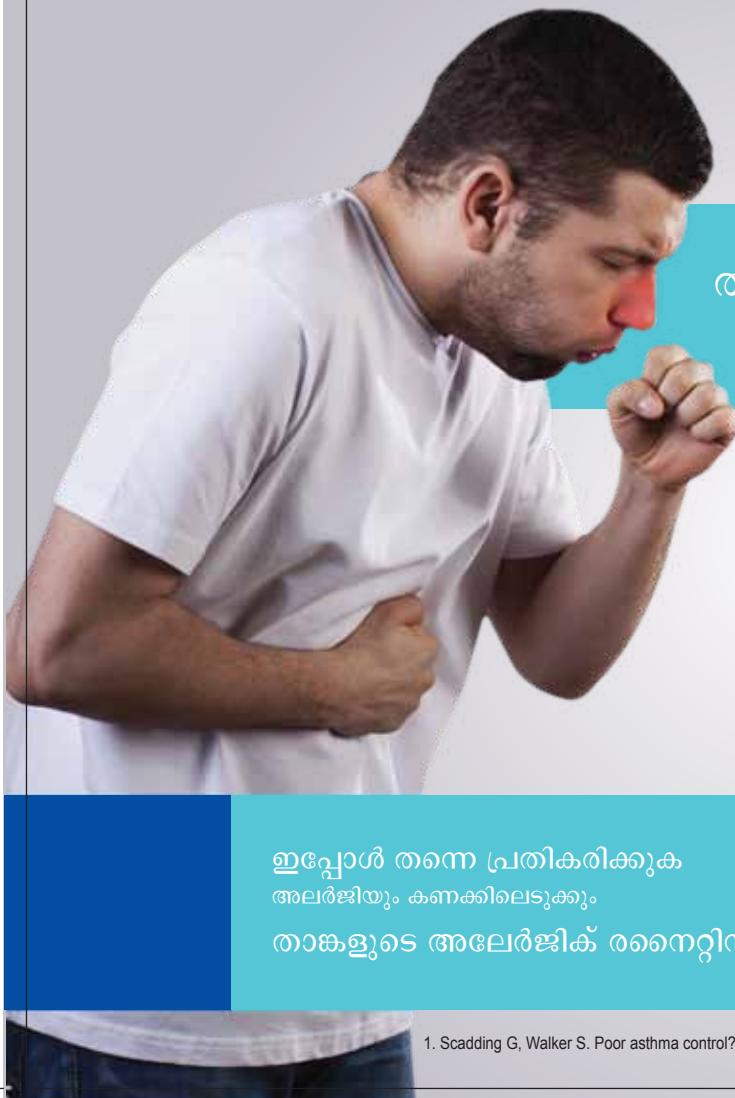
Acknowledgement:

The publishers would like to acknowledge CARAT team (<http://www.caratnetwork.org>) for their support regarding CARAT questionnaire.

GlaxoSmithKline Pharmaceuticals Limited,
Dr Annie Besant Road, Worli,
Mumbai – 400 030 (India).



താകൾ ആസ്റ്റമയ്‌ക്കുള്ള പികിൽസയിലാണോ
കുടാതെ ഇനി പറയുന്നവ അനുഭവപ്പെടുന്നോ¹



മുക്കിൽ ദശ

മുക്കാലിപ്പ്

മുക്കിൽ ചൊരിച്ചിൽ അല്ലെങ്കിൽ തുമൽ

ഇപ്പോൾ തന്നെ പ്രതികരിക്കുക
അലർജിയും കണക്കിലെടുക്കും

താകളുടെ അലോർജിക് രഹന്റിസിഗ്നീയും ആസ്റ്റമയുടെയും കണ്ണോൾ സ്കോർ അറിയുക

1. Scadding G, Walker S. Poor asthma control? - then look up the nose. The importance of co-morbid rhinitis in patients with asthma. *Prim Care Respir J.* 2012; 21(2): 222-228.

കാറ്റോൾ ഓഫ് അലോർജിക് രഹന്റിസ് ആസ്റ്റ് ആസ്റ്റ് ടെസ്റ്റ്²⁻⁴



ദയവായി താഴെ കൊടുത്തിട്ടുള്ള പെട്ടീകളിൽ ക്രോസ് അടയാളപ്പെടുത്തുക (X)

താങ്കളുടെ അലോർജിക് റിസ്പിരേറ്റി രോഗങ്ങളാൽ (ആസ്റ്റ്, രഹന്റിസ്, അലോർജികൾ) കഴിഞ്ഞ 4 ആഴ്ചയിൽ ശരാശരി എത്ര തവണ ഇനി പരിയുന്നവ താങ്കൾക്ക് അനുഭവമുണ്ടു്	ഒരിക്കലെല്ലാം ബി	ആഴ്ചയിൽ 2 ദിവസം വരെ	ആഴ്ചയിൽ 2 ദിവസം തനിൽ കൂടുതൽ	ബിക്കവാറും എ ല്ലാ ദിവസവും				
1. മുക്കിലെ തട്ടു്	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0
2. തുമ്പൽ	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0
3. പൊന്തിലുള്ള മുക്ക്	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0
4. മുഖക്കാലിപ്പ്	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0
5. ശസ്തികാനുള്ള ബുദ്ധിമുട്ട് /ബൈസപ്പനിയ	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0
6. നെഞ്ചിൽ വിശ്വിട്ട്	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0
7. കായികാധാരം, ചൊറുതുമുളം, നെഞ്ചിൽ മുറുക്കാ	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0
8. താങ്കളുടെ അലോർജിക് റിസ്പിരേറ്റി രോഗങ്ങളാൽ ഉള്ള കഷിണം/ വൈനംബരം പ്രായുസ്ത്വികൾ ചെയ്യുന്നുള്ള പരിണിതികൾ	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0
9. താങ്കളുടെ അലോർജിക് റിസ്പിരേറ്റി രോഗങ്ങളാൽ രാത്രിയിൽ ഉണ്ടുക	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0

കഴിഞ്ഞ 4 ആഴ്ചയ്ക്കിടയിൽ, അലോർജിക് റിസ്പിരേറ്റി രോഗത്താൽ (ആസ്റ്റ്, രഹന്റിസ്, അലോർജികൾ), എത്ര തവണ താങ്കൾ	ഞാൻ ഒരു മരുന്നും കഴിക്കുന്നില്ല	ഒരിക്കലെല്ലാം ബി	7 ദിവസത്തിൽ കുറുവ്	7 അബ്ലൂഷിൽ കൂടു തൽ ദിവസങ്ങൾ				
10. താങ്കളുടെ മരുന്നുകളുടെ ഉപയോഗം. (ധോന്ത് അല്ലെങ്കിൽ ആവൃത്തി) വർദ്ധിപ്പിച്ചു?	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	0

മൊത്തം സ്കോർ _____

10 ചോദ്യങ്ങളുടെ ആകെതുക 0- മോശം, മികച്ചത് -30

24 ലെ കൂടുതലുള്ള സ്കോർ രോഗനിയന്ത്രണം നല്ല രീതിയിലാണെന്ന് സുചിപ്പിക്കുന്നു

ചോദ്യങ്ങൾ (ഐഎം 1-4): _____ സ്കോർ >=8 ആബനകിൽ നിയന്ത്രിതമാണ്

ചോദ്യങ്ങൾ (ഐഎം 5-10): _____ സ്കോർ >=16 ആബനകിൽ നിയന്ത്രിതമാണ്

2. CARAT®. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test. Accessed on 2014 May 30. Available at <http://www.caratnetwork.org/>

3. Nogueira-Silva L, et al. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT): dissemination and applications in primary care. *Prim Care Respir J.* 2013; 22(1): 112-116.

4. Fonseca JA, et al. Validation of a questionnaire (CARAT10) to assess rhinitis and asthma in patients with asthma. *Allergy.* 2010 Aug;65(8):1042-8.

Disclaimer: Information appearing in this material is for general awareness only and does not constitute any medical advice. Please consult your physician for any question or concern you may have regarding your condition.

കാര്ട്ട്



- ആനുമയുടെയും അലേർജിക്ക് രൈറ്റോസിന്റെയും നിയന്ത്രണം ഒരേസമയത്ത് കണക്കാക്കാനുള്ള ആദ്യത്തെ പ്രോഫോവലിയാൺ ക്ലോൾ ഓഫ് അലേർജിക്ക് റിനിറ്റിസ് ആൻഡ് ആനുമ ടെസ്റ്റ് (കാര്ട്ട്)
- 10 പ്രോഫോവലി അടങ്ങിയതാണ് ഈ കാര്ട്ട് പ്രോഫോവലി
- ഈ അഭിസംഖ്യാധന ചെയ്യുന്നത്
 - a. മുകളിലെയും താഴെത്തെയും വായുസ്ഥാനമാർഗത്തിന്റെ രോഗലക്ഷണങ്ങൾ
 - b. ഉറക്കത്തിലുണ്ടാവുന്ന തടസ്സം
 - c. പ്രവൃത്തികളുടെ പരിമിതികൾ, കുടാതെ
 - d. നാലു ആഴ്ചപത്തെ കാലാവധിയിൽ മരുന്നിന്റെ ഉപയോഗം വർദ്ധിപ്പിക്കേണ്ടി വരുന്നതിന്റെ ആവശ്യകത
- ഉത്തരങ്ങൾ 0(കുറഞ്ഞ നിയന്ത്രണം) മുതൽ 30 (പരമാവധി നിയന്ത്രണം) വരെ രേഖാചിത്രങ്ങൾ സംഭവ്യമായ മൊത്തം സ്കേറോടു കൂടിയ ഒരു നാലു പൊതുവിൽ ആണ് രേഖാചിത്രങ്ങൾ കുറഞ്ഞത്,

Acknowledgement:

The publishers would like to acknowledge CARAT team (<http://www.caratnetwork.org>) for their support regarding CARAT questionnaire.

GlaxoSmithKline Pharmaceuticals Limited,
Dr Annie Besant Road, Worli,
Mumbai – 400 030 (India).





کیا آپ
دمہ کے مرض کے شکار ہیں
اور سامنا کر رہے ہیں¹



ناک کے بند ہونے کا؟

ناک کے بہنے کا؟

ناک میں خارش اور چھینک کا؟

عمل کریں

الرجی کے شمار کا بھی

اپنا الرجی شدہ سانس کی بیماری اور دمہ کے کنٹرول اسکور کو

الرجی شدہ سانس کی بیماری اور دمہ کے جانچ کا کنٹرول 2-4

برائے مہربانی نیچے دے گئے باکس کو کراس (X) سے نشاندھی کریں۔

آپ کی الرجی سانسون کی بیماریوں (دمہ، ناک کی سوزش، الرجی) کے سبب، گزشتہ 4 بفتون میں، عام طور پر کتنی بار آپ کو:	کبھی نہیں	بفتے میں 2 دن تک	فترة میں 2 دن سے زیادہ	تفصیلیاً بر دن
1. ناک بند بوئی؟	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. چھینک آئی؟	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. ناک میں خارش اور کھجڑی ہوئی؟	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. ناک کا بہنا ہوا؟	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. سانس لینے میں دشواری ہونا؟	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. سینے میں گھرگھرا بٹھنے؟	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. جسمانی ورزش کے وقت سینے میں جکڑنے ہوئے؟	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. الرجی سانس کی بیماریوں کی وجہ سے روز مرہ کے کم کرنے میں تھکاؤٹ ہوئے؟	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. آپ کے الرجی سانس کی بیماریوں کی وجہ سے رات میں نیند سے بیدار	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

گزشتہ 4 بفتون میں، آپ کی الرجی سانس کی بیماریوں (دمہ، ناک میں سوزش، الرجی) کے سبب، کتنی مرتبہ آپ کرتے ہیں؟	میں کوئی دوا نہیں لے رہا ہوں	لی بی نہیں	7 دن سے نیچے	7 دن یا اس سے زیادہ
10. آپ کی دواوں کے استعمال (خوراک یا تعداد) میں اضافہ ہوا ہے؟	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0

کل اسکور _____
 (تمام 10 سوالوں کا کل، ۰ - سب سے برا، سب سے اچھا - 30)
 24 سے زیادہ اسکور بیماری میں بہتر کنٹرول کی نشاندھی کرتا ہے۔

کا اسکور (آنٹم 4-1): _____ کنٹرول شدہ اگر اسکور 8 یا اس سے کم ہے (airway) اوپری انیروے
 کا اسکور (آنٹم 10-5): _____ کنٹرول شدہ اگر اسکور 16 یا اس سے کم ہے (airway) نپلی انیروے

2. CARAT©. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test. Accessed on 2014 May 30. Available at <http://www.caratnetwork.org/>

3. Nogueira-Silva L, et al. Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT): dissemination and applications in primary care. Prim Care Respir J. 2013; 22(1): 112-116.

4. Fonseca JA, et al. Validation of a questionnaire (CARAT10) to assess rhinitis and asthma in patients with asthma. Allergy. 2010 Aug;65(8):1042-8.

تریدیڈی اعلان: اس مواد میں دکھائے گئے معلومات صرف عام بیداری کے لئے ہے اور اس میں کوئی طبی مشورہ نہیں ہے۔ آپ اپنی حالت کے متعلق کسی سوال یا تشویش کے لئے اپنے ڈاکٹر سے مشورہ کریں۔

کارات

- دمہ اور الرجی سانسون کی بیماریوں کے کنٹرول کا جائزہ لینے کے لئے کنٹرول آف الرجک رہینیطس اینڈ استھما ٹیسٹ فی الحال پہلا سوال نامہ ہے۔
- کارات سوانحہ ۱۰ سوالوں پر مشتمل ہے۔

یہ بتاتی ہے:

- a. اوپر اور نیچے کے ہوائی نالیوں کی علامتوں کو،
- b. نیند میں مداخلت،
- c. کام کا ج میں دقت، اور
- d. چار بھتے کی مدت کے دوران علاج کو بڑھانے کی ضرورت۔

- جوابات کل ممکنہ اسکور کے جو ۰ (سب سے کم کنٹرول) سے ۳ (سب سے زیادہ کنٹرول) کے ساتھ، چار نکاتی پیمانے پر درجہ بندی کی گئی ہے،

اعتراف:

ناشرین کارات سوانحہ کے سلسلے میں کارات ٹیم (<http://www.caratnetwork.org>) کی حمایت اور مدد کا اعتراف کرتے ہیں۔

گلاکسو اسمٹھ لائنز فار ماسیو ٹیکل لمبٹھ،
ڈاکٹر اینی بسنت روڈ، وورلی
مبئی - 400030 (بھارت)۔

