

## Onderzoek astma en hooikoorts bij kinderen

(In te vullen door het kind)

Plaats een  bij het antwoord dat het **best** omschrijft wat je klachten waren gedurende de afgelopen 2 weken.

Naam: \_\_\_\_\_

Geboorte datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_/\_\_/\_\_

Heb je de afgelopen 2 weken klachten gehad van:

1. Een verstopte neus?

Ja Nee



2. Niezen?

Ja Nee



3. Een snotneus / loopneus?

Ja Nee



4. Een moeilijke ademhaling?

Ja Nee



5. Een piepende ademhaling?

Ja Nee



6. Hoesten?

Ja Nee



7. Hoesten, piepende ademhaling of kortademig bij inspanning of lachen?

Ja Nee



8. Vermoeidheid of moeite met de dagelijkse bezigheden door je neus- of longklachten?

Ja Nee



Nu is het de beurt aan je ouders!

**(In te vullen door de ouders of verzorgers)**

Plaats een  bij het antwoord dat het **best** de situatie van uw kind omschrijft gedurende de afgelopen 2 weken.

Naam (van het kind) : \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_ Geslacht: \_\_\_

Datum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Gedurende de afgelopen 2 weken:**

1. Werd hij/zij 's nachts wakker vanwege luchtwegklachten?

Ja

Nee



2. Had hij/zij klachten 's ochtends bij het wakker worden van de luchtwegen?

Ja

Nee



3. Kon hij/zij niet naar school gaan of zijn/haar hobbies uitoefenen vanwege luchtwegklachten?

Ja

Nee



4. Moest hij/zij extra medicatie nemen vanwege een verslechtering van de luchtwegen?

Ja

Nee



5. Moest hij/zij naar de dokter vanwege een verslechtering van de luchtwegen?

Ja

Nee



**Totale score (= aantal keer Ja):** \_\_\_\_\_