

KOTROLNI TEST ZA ASMO IN ALERGIČNI RINITIS

Prosim, označite svoj odgovor s križcem

Zaradi dihalnih alergičnih bolezni (asma/alergični rinitis/alergija), ste v povprečju v zadnjih 4 tednih imeli naslednje bolezenske znake:

	Nikoli	Do 2 dni na teden	Več kot 2 dni na teden	Skoraj vsak dan ali vsak dan
1. Zamašen nos?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Kihanje?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Serbenje nosu?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Nosni izcedek?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Težko dihanje/sopenje?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. Piskanje v pljučih?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Stiskanje v prsih ob naporu?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Utrujenost /težave pri opravljanju vsakodnevnih opravilih?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Zbujanje ponoči zaradi dihalnih težav?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

V zadnjih 4 tednih kolikokrat ste morali:

	Ne jemljem zdravil	Nikoli	Manj kot 7 dni	7 ali več dni
10. Povečati uporabo svojih zdravil zaradi alergičnih dihalnih bolezni asma/rinitis/alergija?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0

Ocena _____

(vsota 10 vprašanj, slabše 0, boljša 30)

Datum: __ / __ / ____