

## Astmakontroll och allergisk rinit-test

Var god och markera med ett kryss (  ).

Angående er andningssjukdom(ar)/allergi(er) (astma/rinit/allergi)

Under de senaste <b>4 veckorna</b> , i snitt, hur många gånger hade ni:	Aldrig	1 eller 2 dagar per vecka	Mer än 2 dagar per vecka	Varje dag eller så gott som varje dag
<b>1. Töppt näsa?</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Nysningar?</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Klåda i näsa?</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Rinnande näsa?</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Andnöd/dyspné?</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>6. Väsande/pipande i bröstet?</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Tryck över bröstet vid ansträngning?</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Trötthet / svårt att utföra dagliga aktiviteter?</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Vaknar under natten?</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

På grund av er <u>andningssjukdom(ar)/allergi(er)</u> (astma/rinit/allergi), <u>hur många gånger</u> , under de <u>senaste 4</u> veckorna, behövde ni:	Tar inga mediciner	Aldrig	Mindre än 7 dagar	7 dagar eller mer
<b>10. Öka doseringen av era mediciner?</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0