

Por favor, assinala com uma cruz a resposta que melhor descreve a forma como te sentiste da tua alergia respiratória: asma/rinite nas últimas 2 semanas.

Controlo da Asma e
Rinite Alérgica TESTE

Nome: _____ Data: ____/____/____

Por causa da tua alergia respiratória: asma/rinite, nas últimas 2 semanas



1. Tens tido **nariz entupido**?

Sim Não

ATCHIM



2. Tens tido **espirros**?

Sim Não



3. Tens tido **ranho/pingo do nariz**?

Sim Não



4. Tens tido **falta de ar**?

Sim Não



5. Tens tido **pieira ou chiadeira no peito**?

Sim Não



6. Tens tido **tosse**?

Sim Não



7. Durante o exercício físico ou com o **riso**, tens tido tosse, pieira ou aperto no peito?

Sim Não



8. Tens tido cansaço/sentido **dificuldade em fazer as tuas atividades** por causa da tua alergia respiratória: asma/rinite?

Sim Não

Soma das respostas sim

Agora é a vez dos pais! ➤

(A preencher pelos pais ou tutor)

Por favor, assinale com uma cruz a resposta que melhor descreve a forma como o seu filho / a sua filha se sentiu da alergia respiratória: asma/rinite, nas últimas 2 semanas.



Controlo da Asma e Rinite Alérgica TESTE

Nome (filho/filha): _____ Idade _____ Sexo _____

Data: ____/____/____

Nas últimas 2 semanas, o seu filho / a sua filha



1. **Tem acordado durante a noite** por causa da alergia respiratória: asma/rinite?

Sim Não



2. **Tem tido queixas/sintomas de manhã ao acordar** por causa da alergia respiratória: asma/rinite?

Sim Não



3. **Teve de faltar à escola ou a atividades** por causa da alergia respiratória: asma/rinite?

Sim Não



4. **Teve de tomar/usar mais medicamentos por estar pior** da alergia respiratória: asma/rinite?

Sim Não



5. **Teve de ir ao médico** por estar pior da alergia respiratória: asma/rinite?

Sim Não

Soma das respostas sim
(pais/tutor)

Total
(criança+pais)