



Allerjik Rinit ve Astım
Kontrol TESTİ

Bu test nedir?

6 – 12 yaş arasındaki çocuklardaki allerjik rinit ve astım kontrolünü değerlendiren bir ankettir.

Astım ve allerjik rinit sıklıkla aynı anda bulunan solunum yollarının hastalıklarıdır ve birinin kontrol altına alınması diğ erinin de kontrolünü etkiler. Bu nedenle her iki hastalığın eş zamanlı değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu gereksinimi karşılamak için CARAT Projesi (www.caratnetwork.org) Dünya Sağlık Örgütü'nün ARIA Girişimi (www.whiar.org) tarafından erişkinler için önerilen bir versiyon geliştirmiştir ve şimdi de okul çağı çocukları için bu versiyonu geliştirmiştir.

Kullanım koşulları

Klinik olarak karar vermede bu anketin kullanılması karar veren kişinin sorumluluğundadır. Herhangi bir hasta için tedavi kararı, geçerli olan kurumsal protokoller göz önünde bulundurularak sağlam bir klinik değerlendirmeye dayanmalıdır. Herhangi bir türde garanti vermiyoruz ya da önkoşul sağlamıyoruz. Bireysel amaçlar için CARAT© Kids kullanımı (örn. Hasta başvurularında klinik değerlendirmeye katkı olarak) ücretsizdir ve bir izin gerektirmez. Araştırma grupları tarafından anketin kullanılması ya da farklı hastaların verilerinin bütünleştirilmesi için CARAT grubu ile irtibata geçilmelidir. Kâr amaçlı örgütlerin ya da anketin ticarî / pazarlama amaçlı kullanılması için her bir olgu bazında CARAT grubunun izni gereklidir. Yazarlar tarafından onaylanmadığı sürece herhangi bir değişiklik yapılması (tasarım, içerik ya da dağıtım şekli) kesinlikle yasaktır.

Daha fazla bilgi için:

www.caratnetwork.org
carat@med.up.pt

Código de campo alterado

Código de campo alterado

(Çocuk tarafından doldurulacaktır.)

Lütfen allerjik solunum hastalığın (astım / rinit) nedeniyle son 2 haftadır nasıl hissettiğini en iyi tarif eden yanıtı bir X ile işaretle.

Ad-Soyad: _____ Tarih: / / ____

Son 2 hafta boyunca allerjik solunum hastalığın (astım / rinit) yüzünden

- | | | | |
|---|---|----------------------------------|-----------------------------------|
|  | 1. Burun tıkanıklığın oldu mu? | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
|  | 2. Hapşurdun mu? | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
|  | 3. Burun akıntın oldu mu? | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
|  | 4. Nefes darlığın oldu mu? | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
|  | 5. Göğsünde tiz bir ses ya da hışıltı oldu mu? | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
|  | 6. Öksürüğün oldu mu? | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
|  | 7. Egzersiz sırasında veya güldüğünde, öksürük, hışıltı ya da göğüste daralman oldu mu? | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
|  | 8. Allerjik solunum hastalığın (astım / rinit) yüzünden yorgunluk / etkinliklerini yapamaman oldu mu? | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |

Evet yanıtlarının toplamı

Şimdi sıra anne-babada! >

(Anne-baba ya da vasi tarafından doldurulacaktır.)

Lütfen allerjik solunum hastalığı (astım / rinit) nedeniyle oğlunuzun / kızınızın son 2 haftadır nasıl hissettiğini daha iyi tarif eden yanıtı bir X ile işaretleyin.

Çocuğunuzun adı: _____ Yaş: _____ Cinsiyet: _____
Tarih: ___/___/___

Son 2 hafta boyunca oğlunuz / kızınız



1. Allerjik solunum hastalığı (astım / rinit) yüzünden gecenin yarısında uyandı mı?

Evet Hayır



2. Allerjik solunum hastalığı (astım / rinit) yüzünden sabah uyandığında yakınması / belirtileri var mıydı?

Evet Hayır



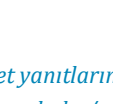
3. Allerjik solunum hastalığı (astım / rinit) yüzünden okulunu ya da diğer etkinliklerini kaçırmak zorunda kaldı mı?

Evet Hayır



4. Allerjik solunum hastalığı (astım / rinit) yüzünden ilaç kullanmak / ilaçlarının dozunu artırmak zorunda kaldı mı?

Evet Hayır



5. Allerjik solunum hastalığı (astım / rinit) yüzünden daha kötü hale geldiği için doktora gitmek zorunda kaldı mı?

Evet Hayır

Evet yanıtlarının toplamı
(anne-baba/vasi)

Toplam
(çocuk + anne-baba)