

WAT IS HET?

Deze vragenlijst is bedoeld om de controlegraad van astma en allergische rhinitis te meten.

Astma en allergische rhinitis komen vaak samen voor in eenzelfde persoon. Vandaar dat het ARIA initiatief (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) van de Wereld Gezondheidsorganisatie, aanbeveelt om rhinitis te controleren opdat astma zou kunnen gecontroleerd worden. Het ontbreken van een instrument dat gelijktijdig de mate van controle van beide aandoeningen evalueert, heeft geleid tot de ontwikkeling van de CARAT vragenlijst.

HOE TE INTERPRETEREN ?

- **Totale score** – de som van alle 10 vragen > 24 wijst op een goede algemene controle
- **Sub-scores** die wijzen op goede controle:
 - Meer dan 8 voor de som van de vragen 1 tot 4
 - 16 of meer voor de som van de vragen 5 tot 10

GEBRUIK

Het gebruik van de resultaten van deze vragenlijst in het maken van klinische beslissingen is de exclusieve verantwoordelijkheid van de beslissingsnemer.

CARAT is vrij te gebruiken voor niet-commerciële/marketing doeleinden. Het is verplicht de auteurs op de hoogte te brengen van het gebruik van de vragenlijst bij eender welk initiatief dat gegevens verzamelt van meerdere personen. Elke wijziging (formaat, inhoud of ondersteuning) is verboden wanneer dit niet uitdrukkelijk toegestaan werd door de auteurs.

Meer informatie op:

www.caratnetwork.org

carat@med.up.pt



CONTROL OF
ALLERGIC RHINITIS AND
ASTHMA TEST

DATUM: ___ / ___ / ___ NAAM: _____

Hoe vaak hebt u, vanwege uw allergische neusklachten en/of astma, de laatste 4 weken gemiddeld last gehad van:

Kruis aan (☒) wat van toepassing is.

	Nooit	1 of 2 dagen per week	Meer dan 2 dagen per week	(Bijna) iedere dag	
1. Verstopte neus?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 op 12
2. Niezen?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
3. Jeuk aan de neus?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
4. Loopneus?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
5. Benauwdheid / Kortademigheid?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
6. Piepende ademhaling?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
7. Beklemd gevoel op de borst bij lichamelijke inspanning?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
8. Vermoeidheid en/of beperkingen bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
9. 's Nachts wakker worden?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	

Hoe vaak moest u de laatste 4 weken, vanwege allergische neusklachten en/of astma:

	Ik gebruik geen medicijnen	Nooit	Minder dan 7 dagen	7 dagen of meer	
10. Uw medicijnen extra gebruiken?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 op 18

(som van de 10 vragen ; slechter 0 ; beter 30) **Totaal** op 30