

Controlo da Asma e Rinite Alérgica Teste

Por favor, señalar con una cruz ().

Por causa de su(s) enfermedad (s) respiratoria (s) / alérgica (s) (asma/rinitis/alergia)

Cual fue la media de las últimas 4 semanas , Cuantas veces tuvo:	Nunca	Hasta 1 o 2 días a la semana	Más de 2 días a la semana	Casi todos o todos los días
1. ¿Congestión nasal?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. ¿Estornudos?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. ¿Picor de nariz?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. ¿ Emisión de moco nasal?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. ¿Falta de aire/Disnea?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. ¿Silbidos en el pecho/ Sibilancias?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. ¿Opresión en el pecho durante un esfuerzo físico?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. ¿Cansancio/dificultad en realizar sus actividades diarias?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. ¿Se despierta durante la noche?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

En las últimas 4 semanas por causa de su(s) enfermedad (s) respiratoria (s) alérgica (s) (asma/rinitis/alergia), cuantas veces tuvo que:	Não estoy tomando medicamentos	Nunca	Menos de 7 días	7 o más días
10. ¿Aumentar el uso de sus medicamentos?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0