



Questionario

ACT



blog.vernallergy.com



+39 085 65360 | +39 3396268483



segreteria.studioverna@gmail.com



Questionario controllo

ASMA

Scegli una risposta ed infine somma il punteggio!



Per ciascuna domanda cerchiare attorno al numero che corrisponde alla risposta e scrivere il numero nella casella a destra.

Domanda 1

Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso l'asma ti ha impedito di fare tutto ciò che avresti fatto di solito al lavoro, a scuola/università o a casa?

Sempre **1** Molto spesso **2** A volte **3** Raramente **4** Mai **5**

↓
PUNTI

Domanda 2

Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso hai avuto il fiato corto?

Più di una volta al giorno **1** Una volta al giorno **2** Da 3 a 6 volte la settimana **3** Una o due volte la settimana **4** Mai **5**

Domanda 3

Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso i sintomi dell'asma (fischio, tosse, fiato corto, costrizione o dolore al petto) ti hanno svegliato/a di notte o più presto del solito al mattino?

4 o più notti la settimana **1** Da 2 a 3 notti la settimana **2** Una volta la settimana **3** Una o due volte **4** Mai **5**

Domanda 4

Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso hai usato il farmaco di emergenza per inalazione o per aerosol (come Salbutamolo)?

3 o più volte al giorno **1** 1 o 2 volte al giorno **2** 2 o 3 volte la settimana **3** Una volta la settimana o meno **4** Mai **5**

Domanda 5

Nelle ultime 4 settimane, quanto credi di aver tenuto sotto controllo la tua asma?

PER NIENTE SOTTO CONTROLLO **1** Scarsamente sotto controllo **2** Abbastanza sotto controllo **3** Ben sotto controllo **4** Completamente sotto controllo **5**

Punti totali? (somma dei punteggi)

Punteggio totale