

# Kontroll av astma – ACT

## Personuppgifter

Namn	Personnummer	Datum
------	--------------	-------

1. Under de senaste 4 veckorna, hur stor del av tiden har du hindrats av din astma från att utföra dina normala aktiviteter på arbetet, i skolan eller hemma?

Hela tiden

En större del av tiden

En del av tiden

En mindre del av tiden

Ingen del av tiden

2. Under de senaste 4 veckorna, hur ofta har du varit andfådd/upplevt andnöd?

Mer än en gång om dagen

En gång om dagen

3–6 gånger i veckan

1–2 gånger i veckan

Inte alls

3. Under de senaste 4 veckorna, hur ofta har du vaknat av dina astmasymtom (väsande andning, hosta, andfåddhet/andnöd, täthetskänsla eller värk i bröstet) under natten eller tidigare än vanligt på morgonen?

4 eller fler gånger i veckan

2–3 gånger i veckan

1 gång i veckan

1–2 gånger i veckan

Inte alls

4. Under de senaste 4 veckorna, hur ofta har du använt din snabbverkande lufrörsvidgare (ex Bricanyl, Ventoline, Airomir, Oxis)?

3 eller fler gånger om dagen

1–2 gånger om dagen

2–3 gånger i veckan

1 gång i veckan eller mer sällan

Inte alls

5. Hur bedömer du din astmakontroll under de senaste 4 veckorna?

Inte alls kontrollerad

Dåligt kontrollerad

Till viss del kontrollerad

Väl kontrollerad

Helt kontrollerad