ASTMA CONTROLE LIJST Naam:

Geboortedatum:

Graag aankruisen wat voor u van toepassing is.

|  |  |
| --- | --- |
| Hoe vaak bent u per nacht gemiddeld **wakker geworden** door uw astma in de afgelopen week? | Nooit  Bijna nooit  Een paar keer  Verscheidene keren  Vaak  Heel vaak  Kon niet slapen vanwege astma |
| Hoe **ernstig** waren uw astmaklachten bij het ’s morgens wakker worden gemiddeld in de afgelopen week? | Geen klachten  Heel lichte klachten  Lichte klachten  Matige klachten  Vrij ernstige klachten  Ernstige klachten  Heel ernstige klachten |
| In welke mate werd u over het algemeen in de afgelopen week door uw astma **beperkt bij uw activiteiten?** | Helemaal niet beperkt  Nauwelijks beperkt  Een beetje beperkt  Tamelijk beperkt  Erg beperkt  Heel erg beperkt  Volledig beperkt |
| In welke mate heeft u zich over het algemeen **kortademi**g gevoeld in de afgelopen week ten gevolge van uw astma? | Helemaal niet  Nauwelijks  Een beetje  Middelmatig  Vrij ernstig  Ernstig  Heel ernstig |
| Hoe vaak had u in de afgelopen week over het algemeen een **piepende ademhaling**? | Nooit  Zelden  Af en toe  Geregeld  Vaak  Meestal  Altijd |
| Hoeveel **pufjes/inhalaties van een kortwerkend luchtwegverwijdend middel** (bv Ventolin, Salbutamol, Bricanyl, Terbutaline) heeft u op de meeste dagen genomen in de afgelopen week?  (Als u niet zeker weet hoe u deze vraag moet beantwoorden, vraag dan aub om uitleg) | Geen  1-2 pufjes/inhalaties op de meeste dagen  3-4 pufjes/inhalaties op de meeste dagen  5-8 pufjes/inhalaties op de meeste dagen  9-12 pufjes/inhalaties op de meeste dagen  13-16 pufjes/inhalaties op de meeste dagen  Meer dan 16 pufjes/inhalaties op de meeste  dagen |