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 |