

ASTMA CONTROLE LIJST

Naam:

Geboortedatum:

Graag aankruisen wat voor u van toepassing is.

<p>Hoe vaak bent u per nacht gemiddeld <b>wakker geworden</b> door uw astma in de afgelopen week?</p>	<p>Nooit Bijna nooit Een paar keer Verscheidene keren Vaak Heel vaak Kon niet slapen vanwege astma</p>
<p>Hoe <b>ernstig</b> waren uw astmaklachten bij het 's morgens wakker worden gemiddeld in de afgelopen week?</p>	<p>Geen klachten Heel lichte klachten Lichte klachten Matige klachten Vrij ernstige klachten Ernstige klachten Heel ernstige klachten</p>
<p>In welke mate werd u over het algemeen in de afgelopen week door uw astma <b>beperkt bij uw activiteiten?</b></p>	<p>Helemaal niet beperkt Nauwelijks beperkt Een beetje beperkt Tamelijk beperkt Erg beperkt Heel erg beperkt Volledig beperkt</p>
<p>In welke mate heeft u zich over het algemeen <b>kortademig</b> gevoeld in de afgelopen week ten gevolge van uw astma?</p>	<p>Helemaal niet Nauwelijks Een beetje Middelmatig Vrij ernstig Ernstig Heel ernstig</p>
<p>Hoe vaak had u in de afgelopen week over het algemeen een <b>piepende ademhaling?</b></p>	<p>Nooit Zelden Af en toe Geregeld Vaak Meestal Altijd</p>
<p>Hoeveel <b>pufjes/inhalaties van een kortwerkend luchtwegverwijzend middel</b> (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)</p>	<p>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</p>