Прилог 6

**Tест за контролу астме за децу преко 12 година и одрасле**

Име......................................................................... Датум.........................

Овај тест може помоћи особама са астмом (од 12 година и старијима) да процене степен контроле астме.

Молимо Вас да заокружите одговарајући број поред одговора за свако питање. Укупно има ПЕТ питања. Резултат овог теста о контроли астме ћете добити сабирањем бројева који одговарају сваком Вашем одговору. Молимо Вас да продискутујете резултате са Вашим лекаром.

**Koрак 1:** Заокружите број поред одговора за свако питање и запишите га у квадрат са стране. Молимо Вас да одговорите што искреније можете. Ово ће помоћи Вама и лекару да процените право стање Ваше астме.

**Koрак 2**: Саберите бројеве да бисте добили укупан резултат.

**Koрак 3**: Окрените страну да бисте сазнали шта Ваш резултат значи.

|  |  |
| --- | --- |
| Питање 1: **У протекле 4 недеље, колико често Вас је астма ометала у обављању уобичајених активности на послу, у школи или кући?**  | **Резултат** |
| **Увек** | **1** | **Врло****често** | **2** | **Повремено** | **3** | **Ретко** | **4** | **Никада** | **5** |  |
| Питање 2: **У протекле 4 недеље, колико често Вам је недостајао дах?**  |
| **Чешће од једном дневно** | **1** | **Једном****дневно**  | **2** | **3 до 6****пута недељно** | **3** | **1 или 2****пута недељно** | **4** | **Никада**  | **5** |  |
| Питање 3: **У протекле 4 недеље, колико често су Вас симптоми астме (шиштање у грудима, кашаљ, недостатак ваздуха, стезање у грудима или бол у грудима) будили ноћу или ујутру раније него обично?**  |
| **4 или више ноћи недељно** | **1** | **2 до 3****ноћи недељно** | **2** | **Једном****недељно**  | **3** | **Једном или****два пута**  | **4** | **Никада**  | **5** |  |
| Питање 4: **У протекле 4 недеље, колико често Вам је била потребна пумпица за отклањање симптома (као на пример ВентолинТМ) или апарат за инхалацију?**  |
| **3 или више****пута дневно** | **1** | **1 или 2****пута дневно** | **2** | **2 или 3****пута недељно** | **3** | **Једном недељно или ређе** | **4** | **Никада**  | **5** |  |
| Питање 5: **Како бисте оценили контролу Ваше астме у протекле 4 недеље?**  |
| **Уопште****није контролисана** | **1** | **Слабо** **контролисана** | **2** | **Донекле** **контролисана** | **3** | **Добро** **контролисана** | **4** | **Контролисана**  | **5** |  |

Укупан збир: ............