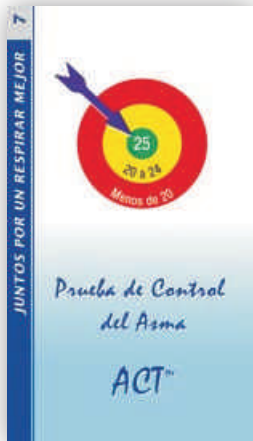




JUNTOS POR UN RESPIRAR MEJOR 07

Prueba de Control del Asma (ACT™)



Conozca su puntaje en la Prueba de Control del Asma

La siguiente prueba puede ayudar a las personas que tienen asma (a partir de 12 años de edad) a evaluar el control de su asma.

Paso 1

Anote su puntaje para cada pregunta y tipee el número en el casillero de la derecha. Por favor, responda tan sinceramente como sea posible. Esto lo/a ayudará a usted y a su médico a saber cómo está realmente su asma.

Pregunta 1

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su asma le impidió realizar sus tareas habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?



Su Puntaje

Pregunta 2

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió falta de aire?



Su Puntaje

Sede Palermo
Billinghurst 1677, 3º Piso
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel: (5411) 4828.0949 / 4821.3355
4824.8496 / 4821.0015
Fax: (5411) 4829.2266

Sede Centro
Paraguay 2035, 3º Cuerpo 2º SS
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel: (5411) 4966.1661 / 4961.5466
Fax: (5411) 4961.5495



JUNTOS POR UN RESPIRAR MEJOR 07

Pregunta 3

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión o dolor en el pecho) lo/a despertaron durante la noche o más temprano que de costumbre a la mañana?

4 o más noches por semana	1	De 2 a 3 noches por semana	2	Una vez por semana	3	1 ó 2 veces	4	Nunca	5
---------------------------	----------	----------------------------	----------	--------------------	----------	-------------	----------	-------	----------

Su Puntaje

Pregunta 4

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó medicación de rescate en aerosol o en nebulizaciones (por ejemplo, salbutamol u otros)?

3 o más veces por día	1	1 ó 2 veces por día	2	2 ó 3 veces por semana	3	1 vez por semana o menos	4	Nunca	5
-----------------------	----------	---------------------	----------	------------------------	----------	--------------------------	----------	-------	----------

Su Puntaje

Pregunta 5

¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Para nada Controlada	1	Mal Controlada	2	Algo Controlada	3	Bien Controlada	4	Totalmente Controlada	5
----------------------	----------	----------------	----------	-----------------	----------	-----------------	----------	-----------------------	----------

Su Puntaje

Este es su Puntaje Total:



JUNTOS POR UN RESPIRAR MEJOR 07

Paso 2

Conozca el significado de su puntaje.

Puntaje: 25 - ¡Felicitaciones!

Usted ha alcanzado un CONTROL TOTAL sobre su asma durante las últimas 4 semanas.

No ha tenido síntomas ni limitaciones relacionadas con el asma. Si se producen cambios, consulte a su médico.

Puntaje: 20 a 24 - Cerca del objetivo

Puede que su asma haya estado BIEN CONTROLADA, pero no TOTALMENTE CONTROLADA durante las últimas 4 semanas. Su médico puede ayudarlo/a a conseguir un CONTROL TOTAL.

Puntaje: menos de 20 - Lejos del objetivo

Puede que su asma NO HAYA ESTADO SUFICIENTEMENTE CONTROLADA durante las últimas 4 semanas.

Su médico puede recomendarle un plan de acción para ayudarlo/a a mejorar el control de su asma.

Argentina / Spanish ©2002, by QualityMetric Incorporated. Asthma Control Test™ is a trademark of QualityMetric Incorporated.

Sede Palermo

Billinghurst 1677, 3º Piso
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel: (5411) 4828.0949 / 4821.3355
4824.8496 / 4821.0015
Fax: (5411) 4829.2266

Sede Centro

Paraguay 2035, 3º Cuerpo 2º SS
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel: (5411) 4966.1661 / 4961.5466
Fax: (5411) 4961.5495