

# AstmaKontrollTest

för barn mellan 4 och 11 år

Dagens datum.....

Patientens namn.....

Genomför det här testet tillsammans med ditt barn och diskutera resultaten med din läkare.

## Hur man fyller i astmakontrolltestet för barn:

**Steg 1** Låt ditt barn besvara de **första fyra frågorna (1 till 4)**. Om ditt barn behöver hjälp med att läsa eller förstå en fråga kan du hjälpa till men låt ditt barn svara själv. Besvara de återstående **tre frågorna (5 till 7)** själv, utan att låta ditt barns svar påverka dina egna svar. Det finns inga rätta eller felaktiga svar.

**Steg 2** Skriv siffran för varje svar i poängrutan till höger.

**Steg 3** Räkna ihop siffrorna i alla rutorna för att få fram poängsumman.





**Steg 4** Ta med dig testet till läkaren för att diskutera ditt barns poängsumma.

19 poäng  
eller lägre

Om ditt barns poängsumma är 19 eller lägre kan detta vara ett tecken på att ditt barns astma inte är så välkontrollerad som den skulle kunna vara. Kontakta i så fall ditt barns läkare för att diskutera resultaten från astmakontrolltestet och fråga om ditt barns astmabehandling bör ändras.

## Låt ditt barn besvara dessa frågor.

1. Hur är din astma idag?

0  Mycket dålig	1  Dålig	2  Bra	3  Mycket bra
--	---	--	--

POÄNG

2. Hur mycket stör din astma dig när du springer, tränar eller sportar?

0  Den stör mig mycket, jag kan inte göra det jag vill	1  Den stör mig och jag tycker inte att det är okej	2  Den stör mig lite men det är okej	3  Den stör mig inte alls
--	---	---	---

3. Hostar du på grund av din astma?

0  Ja, hela tiden	1  Ja, nästan hela tiden	2  Ja, ibland	3  Nej, aldrig
--	---	---	---

4. Vaknar du på natten på grund av din astma?

0  Ja, alltid	1  Ja, för det mesta	2  Ja, ibland	3  Nej, aldrig
--	---	---	---

## Besvara följande frågor själv.

5. Under de senaste 4 veckorna, hur många dagar har ditt barn haft astmasymtom dagtid?

5 Inga	4 1-3 dagar	3 4-10 dagar	2 11-18 dagar	1 19-24 dagar	0 Varje dag
--------	-------------	--------------	---------------	---------------	-------------

6. Under de senaste 4 veckorna, hur många dagar har ditt barn haft pip i bröstet dagtid på grund av astman?

5 Inga	4 1-3 dagar	3 4-10 dagar	2 11-18 dagar	1 19-24 dagar	0 Varje dag
--------	-------------	--------------	---------------	---------------	-------------

7. Under de senaste 4 veckorna, hur många nätter har ditt barn vaknat på grund av astman?

5 Inga	4 1-3 dagar	3 4-10 dagar	2 11-18 dagar	1 19-24 dagar	0 Varje dag
--------	-------------	--------------	---------------	---------------	-------------



# AstmaKontrollTest

för 12 år eller äldre

Dagens datum.....

Patientens namn.....

- Steg 1** Ringa in din poäng för varje fråga och skriv in siffran i rutan till höger.  
Svara så ärligt som möjligt. Detta kommer att hjälpa dig och din läkare att diskutera din astma.
- Steg 2** Lägg ihop dina poäng för att få din total.
- Steg 3** Gå igenom resultatet med din läkare eller sköterska.

1. Under de senaste **fyra veckorna**, hur stor del av tiden har du hindrats av din **astma** från att utföra dina normala aktiviteter på arbetet, i skolan eller hemma?

POÄNG

Hela tiden	1	En större del av tiden	2	En del av tiden	3	En mindre del av tiden	4	Ingen del av tiden	5	<input type="text"/>
------------	---	------------------------	---	-----------------	---	------------------------	---	--------------------	---	----------------------

2. Under de **senaste fyra veckorna**, hur ofta har du varit andfådd/upplevt andnöd?

Mer än en gång om dagen	1	En gång om dagen	2	Tre till sex gånger i veckan	3	En eller två gånger i veckan	4	Inte alls	5	<input type="text"/>
-------------------------	---	------------------	---	------------------------------	---	------------------------------	---	-----------	---	----------------------

3. Under de **senaste fyra veckorna**, hur ofta har du vaknat av dina **astmasymtom** (väsande andning, hosta, andfåddhet/andnöd, täthetskänsla eller värk i bröstet) under natten eller tidigare än vanligt på morgonen?

Fyra eller fler nätter i veckan	1	Två till tre nätter i veckan	2	En gång i veckan	3	En eller ett par gånger	4	Inte alls	5	<input type="text"/>
---------------------------------	---	------------------------------	---	------------------	---	-------------------------	---	-----------	---	----------------------

4. Under de **senaste fyra veckorna**, hur ofta har du använt din kortverkande luftvägsvidgare (som t.ex. Bricanyl, Ventoline, Airomir)?

Tre eller fler gånger per dag	1	En eller två gånger per dag	2	Två eller tre gånger per vecka	3	En gång i veckan eller mer sällan	4	Inte alls	5	<input type="text"/>
-------------------------------	---	-----------------------------	---	--------------------------------	---	-----------------------------------	---	-----------	---	----------------------

5. Hur skulle du bedöma din **astmakontroll** under de **senaste fyra veckorna**?

Inte alls kontrollerad	1	Dåligt kontrollerad	2	Till viss del kontrollerad	3	Väl kontrollerad	4	Helt kontrollerad	5	<input type="text"/>
------------------------	---	---------------------	---	----------------------------	---	------------------	---	-------------------	---	----------------------

POÄNGSUMMA

Om din poängsumma är 19 eller lägre kan detta vara ett tecken på att din astma inte är så välkontrollerad som den skulle kunna vara. Gå igenom resultatet med din läkare eller sköterska.

