

TESTE DE CONTROLE DA ASMA



 **NOVARTIS**
PHARMACEUTICALS

6342538 XR BLOCO CONTROLE ADULTO 5,0 0216 BR.

Material de uso exclusivo do representante Novartis, destinado a profissionais de saúde habilitados a prescrever e/ou dispensar medicamentos. Data de Produção: março/2016. 2016 - © - Direitos Reservados – Novartis Biociências S/A – Proibida a reprodução total ou parcial sem autorização do titular.

Novartis Biociências S.A.
Setor Farma - Av. Prof. Vicente Rao, 90
São Paulo, SP - CEP 04636-000
www.novartis.com.br
www.portal.novartis.com.br

SIC - Serviço de informação ao Cliente
0800 888 3003
sic.novartis@novartis.com

 **NOVARTIS**
PHARMACEUTICALS

NÍVEL DE CONTROLE SINTOMÁTICO ¹

Nome: _____

_____ Data de nascimento: ____/____/____

NAS ÚLTIMAS SEMANAS, O PACIENTE TEVE:



Sintomas diurnos de asma mais que 2x/semana?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Despertar noturno por asma?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Uso de medicação de alívio mais que 2x/semana?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Limitação das atividades devido à asma?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

NÍVEL DE CONTROLE DOS SINTOMAS¹:

Bem controlada	Parcialmente controlada	Não controlada
Sim para nenhum dos itens	Sim para 1 ou 2 itens	Sim para 3 ou 4 itens

TESTE DE CONTROLE DA ASMA²

Nas últimas 4 semanas:

1. A asma prejudicou suas atividades no trabalho, na escola ou em casa?

(1) Todo o tempo	(2) Maioria das vezes	(3) Algumas vezes	(4) Poucas vezes	(5) Nenhuma vez
---------------------	--------------------------	----------------------	---------------------	--------------------

Pontuação:

2. Como está o controle da sua asma?

(1) Totalmente descontrolada	(2) Pobremente controlada	(3) Um pouco controlada	(4) Bem controlada	(5) Completamente controlada
---------------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------	---------------------------------

3. Quantas vezes você teve falta de ar?

(1) Mais que uma vez ao dia	(2) Uma vez ao dia	(3) Três a seis vezes por semana	(4) Uma ou duas vezes por semana	(5) De jeito nenhum
--------------------------------	-----------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------

4. A asma acordou você à noite ou mais cedo que de costume?

(1) Quatro ou mais noites por semana	(2) Duas ou três noites por semana	(3) Uma vez por semana	(4) Uma ou duas vezes	(5) De jeito nenhum
---	---------------------------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------

5. Quantas vezes você usou o remédio por inalação para alívio?

(1) Três ou mais vezes por dia	(2) Uma ou duas vezes por dia	(3) Poucas vezes por semana	(4) Uma vez por semana ou menos	(5) De jeito nenhum
-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	------------------------

O ESCORE DO QUESTIONÁRIO É CALCULADO A PARTIR DA SOMA DOS VALORES DE CADA QUESTÃO, DE 1 A 5 PONTOS².

25
controle total
da asma

20 a 25
asma
controlada

<20
asma
não controlada