

AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA



6342539 XR BLOCO CONTROLE PEDIATRICO 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: maio/2016. 2016 - © - Direitos Reservados - Novartis Biociências S/A - Proibida a reprodução total ou parcial sem autorização do titular.

 **NOVARTIS**
PHARMACEUTICALS

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

AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA - CRIANÇAS DE 6-11 ANOS¹

Nome: _____

_____ Data de nascimento: ____/____/____

NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, O PACIENTE TEVE¹:





Qual a frequência que a criança teve tosse, chiado, dispnéia ou dificuldade respiratória (por dia ou por semana)? O que desencadeou os sintomas? Como eles melhoraram?	Sintomas diurnos de asma mais que 2x/semana?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Tosse, acordar ou cansaço diurno? (se houver apenas sintoma tosse, considerar rinite ou DRGE).	Despertar noturno por asma?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Qual a frequência do uso da medicação de alívio? (verifique a data no inalador ou última prescrição). Distinguir entre uso pré-exercício ou uso para alívio dos sintomas.	Uso de medicação de alívio mais que 2x/semana?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Quais esportes/hobbies/interesses que a criança tem na escola e no seu tempo livre? Qual o nível de atividade da criança comparada com seus pares ou irmãos? Tentar obter uma imagem acurada do dia da criança sem a interrupção dos pais/cuidadores.	Limitação das atividades devido à asma?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

NÍVEL DE CONTROLE DOS SINTOMAS:





Bem controlada	Parcialmente controlada	Não controlada
Não para todos os itens	Sim para 1 ou 2 itens	Sim para 3 ou 4 itens

TESTE DE CONTROLE DA ASMA PARA CRIANÇAS DE 4 A 11 ANOS²





1. Como está sua asma hoje?

				Pontuação:
(0) Muito Ruim	(1) Ruim	(2) Boa	(3) Muito Boa	<input type="text"/>





2. Sua asma é um problema, quando você corre, faz exercícios, ou pratica algum esporte?

				
(0) É um grande problema eu não consigo fazer o que eu quero	(1) É um grande problema e eu não gosto	(2) É um pequeno problema, mas tudo bem	(3) Não é problema	<input type="text"/>

3. Você tosse por causa da sua asma?

				
(0) Sim, o tempo todo	(1) Sim, na maioria das vezes	(2) Sim, algumas vezes	(3) Não, nunca	<input type="text"/>

4. Você acorda à noite por causa da sua asma?

				
(0) Sim, o tempo todo	(1) Sim, na maioria das vezes	(2) Sim, algumas vezes	(3) Não, nunca	<input type="text"/>

PERGUNTAS PARA OS RESPONSÁVEIS²

1. Nas **últimas 4 semanas**, quantas vezes seu filho teve sintomas de asma durante o dia?

(5) Nenhum	(4) 1 a 3 dias	(3) 4 a 10 dias	(2) 11 a 18 dias	(1) 19 a 24 dias	(0) Todos os dias	Pontuação:
						<input type="text"/>

2. Nas **últimas 4 semanas**, quantas vezes seu filho apresentou chiado no peito por causa da asma?

(5) Nenhum	(4) 1 a 3 dias	(3) 4 a 10 dias	(2) 11 a 18 dias	(1) 19 a 24 dias	(0) Todos os dias	<input type="text"/>
----------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------

3. Nas **últimas 4 semanas**, quantas vezes seu filho acordou durante à noite por causa da asma?

(5) Nenhum	(4) 1 a 3 dias	(3) 4 a 10 dias	(2) 11 a 18 dias	(1) 19 a 24 dias	(0) Todos os dias	<input type="text"/>
----------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------

Pontuação Total:

CÁLCULO E RESULTADO DOS PONTOS:
≤ 19 PONTOS INDICA ASMA NÃO CONTROLADA.