

APELLIDOS

NOMBRE

NHC

EDAD

TELÉFONO

**EXPLORACIONES
COMPLEMENTARIAS ALERGIAS**

ALERGOLOGIA

SERVICIO

CAMA

CUESTIONARIO DE CONTROL DE ASMA : ACT

1. Durante las últimas 4 SEMANAS, ¿con qué frecuencia le impidió el asma llevar a cabo sus actividades en el trabajo, la escuela o el hogar?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Pocas veces
5. Nunca

2. Durante las últimas 4 SEMANAS, ¿con qué frecuencia ha sentido que le faltaba el aire?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Pocas veces
5. Nunca

3. Durante las últimas 4 SEMANAS, ¿con qué frecuencia le despertaron por la noche o más temprano de lo habitual por la mañana, los síntomas de asma (sibilancias/ pitos, falta de aire, opresión o dolor en el pecho)?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Pocas veces
5. Nunca

4. Durante las últimas 4 SEMANAS, ¿con qué frecuencia ha utilizado su inhalador de rescate (por ejemplo, Salbutamol, Ventolin, Terbasmin)?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Pocas veces
5. Nunca

5. ¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 SEMANAS?

1. Nada controlada
2. Mal controlada
3. Algo controlada
4. Bien controlada
5. Totalmente controlada

Resultado:

25: Control total del asma

20 a 24: Buen control del asma

≤ 23: Asma no controlada

Fecha: _____ Médico/Fdo: _____ ATS/DUE/Fdo: _____