

ACT

1. Under de senaste 4 veckorna, hur stor del av tiden har du hindrats av din astma från att utföra dina normala aktiviteter på arbetet, i skolan eller hemma?

1	2	3	4	5	Summa
Hela tiden	En större del av tiden	En del av tiden	En mindre del av tiden	Ingen del av tiden	

2. Under de senaste 4 veckorna, hur ofta har du varit andfådd/upplevt andnöd?

1	2	3	4	5	Summa
Mer än en gång per dag	En gång om dagen	3 till 6 gånger i veckan	En eller två gånger i veckan	Inte alls	

3. Under de senaste 4 veckorna, hur ofta har du vaknat av dina astmasymtom (väsende andning, hosta, andfåddhet/andnöd, täthetskänsla eller värk i bröstet) under natten eller tidigare än vanligt på morgonen?

1	2	3	4	5	Summa
4 eller fler nätter i veckan	2 till 3 nätter i veckan	En gång i veckan	En eller ett par gånger	Inte alls	

4. Under de senaste 4 veckorna, hur ofta har du använt extrados av snabbverkande luftrörsvidgare (t.ex. Bricanyl®, Buventol®, Ventoline®, Oxis®, Symbicort®, Innovair®)?

1	2	3	4	5	Summa
3 eller fler gånger per dag	1 eller 2 gånger per dag	2 eller 3 gånger per vecka	En gång i veckan eller mer sällan	Inte alls	

5. Hur skulle du bedöma din astmakontroll under de senaste 4 veckorna?

1	2	3	4	5	Summa
Inte alls kontrollerad	Dåligt kontrollerad	Till viss del kontrollerad	Väl kontrollerad	Helt kontrollerad	
				Del summa astma	

XCT

6. Under de senaste 4 veckorna, hur ofta har Du känt oro för att få ett astmaanfall eller symptom som Du inte kan kontrollera?

1	2	3	4	5	Summa
Hela tiden	En större del av tiden	En del av tiden	En mindre del av tiden	Ingen del av tiden	

7. Under de senaste 4 veckorna har Du haft besvär från näsan eller ögonen som besvärat Dig i Din dagliga aktivitet?

1	2	3	4	5	Summa
Hela tiden	En större del av tiden	En del av tiden	En mindre del av tiden	Ingen del av tiden	

8. Under de senaste 4 veckorna, hur ofta har du vaknat pga näsbesvär/nästappa

1	2	3	4	5	Summa
4 eller fler nätter i veckan	2 till 3 nätter i veckan	En gång i veckan	En eller ett par gånger	Inte alls	

9. Under de senaste 4 veckorna har Du haft besvär med trötthet och svårighet att koncentrera Dig som besvärat Dig i Din dagliga aktivitet?

1	2	3	4	5	Summa
Hela tiden	En större del av tiden	En del av tiden	En mindre del av tiden	Ingen del av tiden	

10. Hur upplever Du att Ditt hälsotillstånd har varit generellt under de senaste 4 veckorna?

1	2	3	4	5	Summa
Mycket dåligt	Ganska dåligt	Ganska bra	I stort sett bra	Upplever mig helt frisk	
				Delsumma System	
				Total Summa	

LÄK:.....