



Test Kontroli Astmy

Sprawdź wynik u swojego dziecka

Test kontroli astmy wieku dziecięcego

dla dzieci w wieku od 4 do 11 lat

Proszę wypełnić test razem ze swoim dzieckiem i omówić jego wyniki ze swoim lekarzem lub lekarką.

Jak wykonać Test kontroli astmy wieku dziecięcego.

Krok 1 Proszę pozwolić swojemu dziecku odpowiedzieć na pierwsze cztery pytania (od 1 do 4). Jeśli dziecko potrzebuje pomocy w przeczytaniu lub zrozumieniu pytania, może mu Pan/Pani pomóc, ale proszę pozwolić, aby dziecko samo wybrało odpowiedź. Następnie proszę samodzielnie odpowiedzieć na kolejne trzy pytania (od 5 do 7), starając się, aby odpowiedzi dziecka nie miały wpływu na Pana/Pani odpowiedzi. Nie ma tu dobrych ani złych odpowiedzi.

Krok 2 Proszę wpisać numer każdej zaznaczonej odpowiedzi w kratce z prawej strony.

Krok 3 Proszę dodać do siebie cyfry ze wszystkich kratek w celu uzyskania końcowego wyniku.

Krok 4 Proszę zabrać test do lekarza lub lekarki, żeby omówić końcowy wynik uzyskany przez dziecko.

Co oznacza wynik uzyskany przez moje dziecko?

19 lub mniej

- Jeśli wynik uzyskany przez Pana/Pani dziecko wyniósł 19 lub mniej, może to oznaczać, że astma u Pana/Pani dziecka nie jest leczona tak dobrze, jak mogłaby być.
- Proszę skonsultować się z lekarzem lub lekarką Pana/Pani dziecka w celu omówienia wyników uzyskanych w Teście kontroli astmy wieku dziecięcego i zapytać, czy plan leczenia astmy u dziecka nie powinien zostać zmieniony.
- Proszę zapytać lekarza lub lekarkę Pana/Pani dziecka o leki do codziennego stosowania przez dłuższy czas, które mogą pomóc zwalczać zapalenie i zwężenie dróg oddechowych, dwie główne przyczyny objawów astmy. Wiele dzieci może wymagać codziennego leczenia obu tych przyczyn dla możliwie najlepszego kontrolowania astmy.





20 lub więcej

- Jeśli wynik uzyskany przez Pana/Pani dziecko wyniósł 20 lub więcej, astma u Pana/Pani dziecka może być dobrze leczona. Są jednak jeszcze inne czynniki, które może wziąć pod uwagę lekarz lub lekarka Pana/Pani dziecka, oceniając stopień kontrolowania astmy u Pana/Pani dziecka. Proszę skonsultować się z lekarzem lub lekarką w celu omówienia przebiegu astmy u Pana/Pani dziecka.
- Astma jest nieprzewidywalna. Objawy astmy u Pana/Pani dziecka mogą wydawać się łagodne lub nieobecne, ale mogą nasilić się w każdej chwili.
- Proszę od czasu do czasu dawać dziecku do wypełnienia Test kontroli astmy wieku dziecięcego, niezależnie od tego, jak dobrze się ono czuje. Proszę regularnie chodzić z dzieckiem do lekarza lub lekarki, aby mieć pewność, że astma u Pana/Pani dziecka jest leczona możliwie najlepiej.





Proszę poprosić dziecko, aby odpowiedziało na poniższe pytania.

1. Jak się dzisiaj czujesz ze swoją astmą?

WYNIK

 0 Bardzo źle	 1 Źle	 2 Dobrze	 3 Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/>
--	---	--	---	--------------------------

2. Jak bardzo przeszkadza Ci astma, gdy biegasz, ćwiczysz lub uprawiasz sport?

 0 To duży problem, nie mogę robić tego, co bym chciał/chciała.	 1 To problem, nie podoba mi się to.	 2 To mały problem, ale jest w porządku.	 3 To żaden problem.	<input type="checkbox"/>
--	---	---	---	--------------------------

3. Czy kaszlesz z powodu astmy?

 0 Tak, cały czas.	 1 Tak, często.	 2 Tak, czasami.	 3 Nie, nigdy.	<input type="checkbox"/>
---	--	---	---	--------------------------

4. Czy budzisz się w nocy z powodu astmy?

 0 Tak, cały czas.	 1 Tak, często.	 2 Tak, czasami.	 3 Nie, nigdy.	<input type="checkbox"/>
--	---	--	--	--------------------------

Proszę, aby Pan/Pani sam/a odpowiedział/a na poniższe pytania.

5. Ile dni, w ciągu ostatnich 4 tygodni, Pana/Pani dziecko miało w ciągu dnia jakiegokolwiek objawy astmy?

5 Wcale	4 1-3 dni	3 4-10 dni	2 11-18 dni	1 19-24 dni	0 Codziennie	<input type="checkbox"/>
------------	--------------	---------------	----------------	----------------	-----------------	--------------------------

6. Ile dni, w ciągu ostatnich 4 tygodni, Pana/Pani dziecko miało w ciągu dnia świszczący oddech z powodu astmy?

5 Wcale	4 1-3 dni	3 4-10 dni	2 11-18 dni	1 19-24 dni	0 Codziennie	<input type="checkbox"/>
------------	--------------	---------------	----------------	----------------	-----------------	--------------------------

7. Ile dni, w ciągu ostatnich 4 tygodni, Pana/Pani dziecko budziło się w nocy z powodu astmy?

5 Wcale	4 1-3 dni	3 4-10 dni	2 11-18 dni	1 19-24 dni	0 Codziennie	<input type="checkbox"/>
------------	--------------	---------------	----------------	----------------	-----------------	--------------------------

SUMA