

Controletest voor astma en allergische rhinitis

Kruis aan () wat van toepassing is.

Hoe vaak hebt u, vanwege uw allergische neusklachten en/of astma, de laatste 4 weken gemiddeld last gehad van:

	Nooit	1 of 2 dagen per week	Meer dan 2 dagen per week	(Bijna) iedere dag
1. Verstopte neus?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Niezen?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Jeuk aan de neus?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Loopneus?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Benauwdheid / Kortademigheid?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. Piepende ademhaling?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Beklemd gevoel op de borst bij lichamelijke inspanning?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Vermoeidheid en/of beperkingen bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. 's-Nachts wakker worden?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Hoe vaak moest u de laatste <u>4 weken</u> , vanwege allergische neusklachten en/of astma:	Ik gebruik geen medicijnen	Nooit	Minder dan 7 dagen	7 dagen of meer
10. Uw medicijnen extra gebruiken?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0

_____ Score
(Sum of all 10 questions, 0 - worst, best - 30)

Date ___/___/___