

Astmakontroll och allergisk rinit-test

Var god och markera med ett kryss ().

Angående er andningssjukdom(ar)/allergi(er) (astma/rinit/allergi)

Under de senaste 4 veckorna , i snitt, hur många gånger hade ni:	Aldrig	1 eller 2 dagar per vecka	Mer än 2 dagar per vecka	Varje dag eller så gott som varje dag
1. Täppt näsa?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Nysningar?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Klåda i näsa?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Rinnande näsa?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Andnöd/dyspné?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. Väsande/pipande i bröstet?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Tryck över bröstet vid ansträngning?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Trötthet / svårt att utföra dagliga aktiviteter?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Vaknar under natten?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
På grund av er <u>andningssjukdom(ar)/allergi(er)</u> (astma/rinit/allergi), <u>hur många gånger</u> , under de <u>senaste 4</u> veckorna, behövde ni:				
10. Öka doseringen av era mediciner?	Tar inga mediciner	Aldrig	Mindre än 7 dagar	7 dagar eller mer
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0