



CUESTIONARIO CONTROL DE ASMA EN NIÑOS.

Anexo 2: Cuestionario de Asthma control test pediátrico (ACT) (Tomado de GEMA 5.0)

Deje que su hijo/a responda a estas preguntas

1. ¿Cómo esta tu asma hoy?



Muy mal



Mal



Bien



Muy bien

2. ¿En qué medida tu asma es un problema cuando corres, haces gimnasia o practicas deporte?



Es un gran problema, no puedo hacer lo que quiero



Es un problema y no me gusta



Es un pequeño problema pero no me importa



No es ningún problema

3. ¿Toses a causa de tu asma?



Sí, siempre



Sí, casi siempre



Sí, algunas veces



No, nunca

4. ¿Te despiertas por la noche a causa de tu asma?



Sí, siempre



Sí, casi siempre



Sí, algunas veces



No, nunca

Responda a las siguientes preguntas usted solo/a

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuántos días tuvo su hijo/a síntomas del asma durante el día?

5

Ninguno

4

1-3 días

3

4-10 días

2

11-18 días

1

19-24 días

0

Cada día

6. En las últimas 4 semanas, ¿Cuántos días tuvo su hijo/a silbidos en el pecho durante el día a causa del asma?

5

Ninguno

4

1-3 días

3

4-10 días

2

11-18 días

1

19-24 días

0

Cada día

7. En las últimas 4 semanas, ¿Cuántos días tuvo se despertó su hijo/a durante la noche, a causa del asma?

5

Ninguno

4

1-3 días

3

4-10 días

2

11-18 días

1

19-24 días

0

Cada día

