

- Visit 1
- Visit 3
- 6 month
- 12 month

Reported by:

- Self
- Caregiver

Adult ACT
Ages 12+

Participant ID
Here

Asthma Control Test™

PATIENTS: 1. Answer each question and write the answer number in the box to the right of each question.
2. Add your answers and write your total score in the TOTAL box shown below.
3. Discuss your results with your doctor.

1. In the past **4 weeks**, how much of the time did your **asthma** keep you from getting as much done at work, school or at home?

All of the time	1	Most of the time	2	Some of the time	3	A little of the time	4	None of the time	5
-----------------	---	------------------	---	------------------	---	----------------------	---	------------------	---

SCORE

2. During the past **4 weeks**, how often have you had shortness of breath?

More than once a day	1	Once a day	2	3 to 6 times a week	3	Once or twice a week	4	Not at all	5
----------------------	---	------------	---	---------------------	---	----------------------	---	------------	---

3. During the past **4 weeks**, how often did your **asthma** symptoms (wheezing, coughing, shortness of breath, chest tightness or pain) wake you up at night or earlier than usual in the morning?

4 or more nights a week	1	2 or 3 nights a week	2	Once a week	3	Once or twice	4	Not at all	5
-------------------------	---	----------------------	---	-------------	---	---------------	---	------------	---

4. During the past **4 weeks**, how often have you used your rescue inhaler or nebulizer medication (such as albuterol)?

3 or more times per day	1	1 or 2 times per day	2	2 or 3 times per week	3	Once a week or less	4	Not at all	5
-------------------------	---	----------------------	---	-----------------------	---	---------------------	---	------------	---

5. How would you rate your **asthma** control during the **past 4 weeks**?

Not controlled at all	1	Poorly controlled	2	Somewhat controlled	3	Well controlled	4	Completely controlled	5
-----------------------	---	-------------------	---	---------------------	---	-----------------	---	-----------------------	---

TOTAL

If your score is 19 or less, your asthma may not be under control. Be sure to talk with your doctor about your results.

Copyright 2002, by QualityMetric Incorporated.
Asthma Control Test is a trademark of QualityMetric Incorporated.
The Asthma Control Test is for people with asthma 12 years and older.

- Visit 1
- Visit 3
- 6 month
- 12 month

Reported by:
 Self
 Caregiver

Adult ACT
Ages 12+

Participant ID
 Here

Asthma Control Test™ –ACT (La prueba de Control del Asma)

PACIENTES:

1. Contesten cada pregunta y escriban el número de la respuesta en el cuadro que aparece a la derecha de la pregunta.
2. Sumen sus respuestas y escriban el puntaje total en el cuadro del TOTAL que se muestra abajo.
3. Hablen con su doctor sobre sus resultados.

1. En las últimas **4 semanas**, ¿cuánto tiempo le ha impedido su **asma** hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa?

Siempre	1	La mayoría del tiempo	2	Algo del tiempo	3	Un poco del tiempo	4	Nunca	5
---------	---	-----------------------	---	-----------------	---	--------------------	---	-------	---

PUNTAJE

2. Durante las últimas **4 semanas**, ¿con qué frecuencia le ha faltado el aire?

Más de una vez al día	1	Una vez al día	2	De 3 a 6 veces por semana	3	Una o dos veces por semana	4	Nunca	5
-----------------------	---	----------------	---	---------------------------	---	----------------------------	---	-------	---

3. Durante las últimas **4 semanas**, ¿con qué frecuencia sus síntomas del **asma** (respiración sibilante o un silbido en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?

4 o más noches por semana	1	De 2 a 3 noches por semana	2	Una vez por semana	3	Una o dos veces	4	Nunca	5
---------------------------	---	----------------------------	---	--------------------	---	-----------------	---	-------	---

4. Durante las últimas **4 semanas**, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol)?

3 o más veces al día	1	1 ó 2 veces al día	2	2 ó 3 veces por semana	3	Una vez por semana o menos	4	Nunca	5
----------------------	---	--------------------	---	------------------------	---	----------------------------	---	-------	---

5. ¿Cómo evaluaría el control de su **asma** durante las últimas **4 semanas**?

No controlada en absoluto	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3	Bien controlada	4	Completamente controlada	5
---------------------------	---	----------------	---	-----------------	---	-----------------	---	--------------------------	---

TOTAL

Si obtuvo 19 puntos o menos, es probable que su asma no esté bajo control. Asegúrese de hablar con su doctor sobre sus resultados.

Derechos de autor 2002, por QualityMetric Incorporated.

La Prueba de Control del Asma es una marca comercial de QualityMetric Incorporated.

La Prueba de Control del Asma es para las personas asmáticas de 12 años de edad en adelante.