

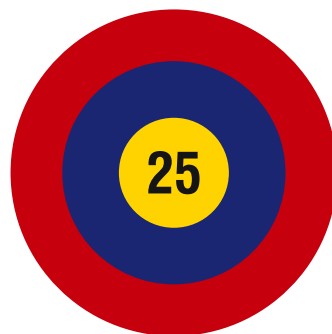
# Test kontroli astmy (ACT™)

Niniejszy test może pomóc chorym na astmę ocenić stopień kontroli choroby (test jest przeznaczony dla osób w wieku 12 lat i starszych).

Proszę zaznaczyć odpowiednią liczbę punktów dla każdego pytania. Na całość składa się PIĘĆ pytań.

Wynik testu może Pan(i) wyliczyć, sumując punkty odpowiadające wszystkim odpowiedziom. Proszę nie zapomnieć omówić uzyskanego wyniku z lekarzem.

Proszę spojrzeć na drugą stronę kartki, żeby dowiedzieć się, co oznacza Pana(i) wynik.



## Kontrola astmy – sprawdź swój wynik

**Krok 1:** Proszę zaznaczyć odpowiedź na każde z pytań i wpisać uzyskaną liczbę punktów w kratce **po prawej stronie**. Proszę odpowiedzieć tak szczerze, jak to możliwe. Pomoże to zarówno Panu(i), jak i Pana(i) lekarzowi omówić skuteczność kontroli astmy.



### Pytanie 1

Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni Pana(i) astma powstrzymywała Pana(nią) od wykonywania zwykłych czynności w pracy, w szkole/na uczelni lub w domu?

Zawsze **1**      Bardzo często **2**      Czasami **3**      Rzadko **4**      Wcale **5**

WYNIK

### Pytanie 2

Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni miał(a) Pan(i) duszności?

Częściej niż raz dziennie **1**      Raz dziennie **2**      3 do 6 razy w tygodniu **3**      Raz lub dwa w tygodniu **4**      Wcale **5**

### Pytanie 3

Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni budził(a) się Pan(i) w nocy lub rano, wcześniej niż zwykle, z powodu objawów związanych z astmą (np. świszczący oddech, kaszel, duszności, ucisk lub ból w klatce piersiowej)?

4 noce w tygodniu lub częściej **1**      2 do 3 noce w tygodniu **2**      Raz w tygodniu **3**      Raz lub dwa **4**      Wcale **5**

### Pytanie 4

Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni używał(a) Pan(i) doraźnie szybko działającego leku wziewnego?

3 razy dziennie lub częściej **1**      1 lub 2 razy dziennie **2**      2 lub 3 razy w tygodniu **3**      Raz w tygodniu lub rzadziej **4**      Wcale **5**

### Pytanie 5

Jak ocenił(a)by Pan(i) swoją kontrolę nad astmą w ciągu ostatnich 4 tygodni?

W ogóle nie kontrolowana **1**      Słabo kontrolowana **2**      Umiarkowanie kontrolowana **3**      Dobrze kontrolowana **4**      W pełni kontrolowana **5**

**Krok 2:** Proszę zsumować swoje wyniki.

**Krok 3:** Proszę spojrzeć na drugą stronę kartki, żeby dowiedzieć się, co oznacza Pana(i) wynik.

## Kontrola astmy – sprawdź swój wynik

## Kontrola astmy – sprawdź swój wynik



**Liczba punktów: 25 – Gratulacje!**

W ciągu ostatnich 4 tygodni choroba u Pana(i) była **w PEŁNI KONTROLOWANA**.

Nie wystąpiły żadne objawy astmy, ani też żadne utrudnienia w życiu codziennym spowodowane chorobą. Jeśli ten stan się zmieni, proszę skontaktować się z lekarzem.

**Liczba punktów: 20-24 – Wynik zadowalający**

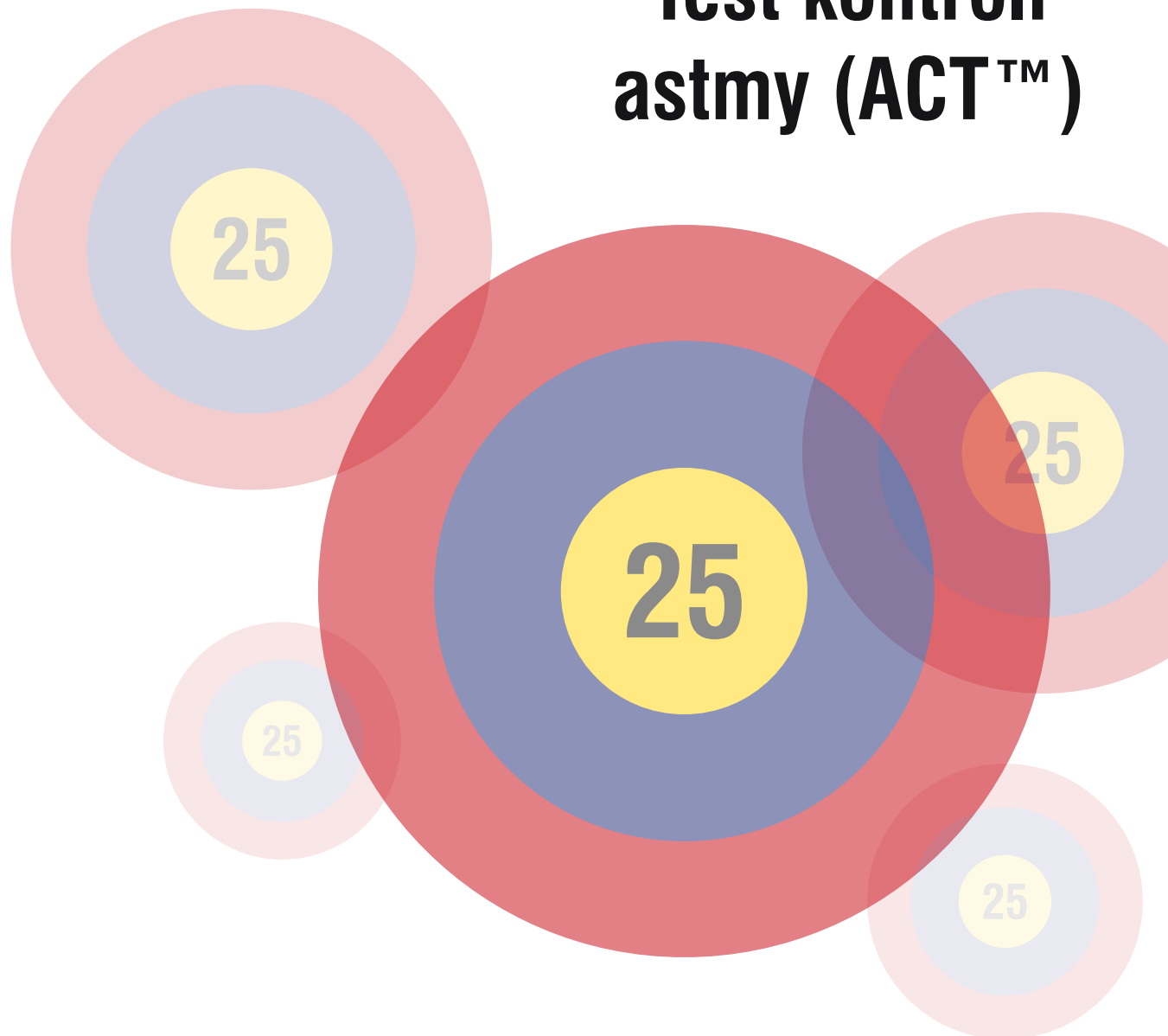
W ciągu ostatnich 4 tygodni astma u Pana(i) była **DOBRCZE KONTROLOWANA**, jednak nie była to **PEŁNA KONTROLA**. Pana(i) lekarz może pomóc osiągnąć cel, jakim jest **PEŁNA KONTROLA** astmy.

**Liczba punktów: poniżej 20 – Wynik niezadowalający**

W ciągu ostatnich 4 tygodni Pana(i) astma mogła **BYĆ NIEWŁAŚCIWIE KONTROLOWANA**.

Pana(i) lekarz może zalecić odpowiednie postępowanie, aby uzyskać lepszą kontrolę astmy.

# Test kontroli astmy (ACT™)



Poland / Polish  
©2002, by QualityMetric Incorporated.  
Asthma Control Test™ is a trademark of QualityMetric Incorporated.  
Test dostępny na [www.astma.edu.pl](http://www.astma.edu.pl)

**Kontrola astmy  
– sprawdź swój wynik**