

mini ACT

Questionário para crianças acima de 12 anos e adultos:

1. Durante as últimas **4 semanas**, quanto tempo é que a **asma** o/a impediu de fazer as suas tarefas habituais no trabalho, na escola/universidade ou em casa?

1	2	3	4	5
Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco Tempo	Nunca

2. Durante as últimas **4 semanas**, quantas vezes teve falta de ar?

1	2	3	4	5
Mais de uma vez por dia	Uma vez por dia	3 a 6 vezes por semana	Uma ou duas vezes por semana	Nunca

3. Durante as últimas **4 semanas**, quantas vezes os sintomas da **asma** (pieira, tosse, falta de ar, aperto ou dor no peito) o/a fizeram acordar de noite ou mais cedo do que é costume de manhã?

1	2	3	4	5
4 ou mais noites por semana	2 ou 3 noites por semana	Uma vez por semana	Uma ou duas vezes	Nunca

4. Durante as últimas **4 semanas**, quantas vezes usou os seus medicamentos para alívio rápido, em inalador ou nebulizador, como por exemplo, *salbutamol*?

1	2	3	4	5
3 ou mais vezes por dia	1 ou 2 vezes por dias	2 ou 3 vezes por semana	Uma vez por semana ou menos	Nunca

5. Como avaliaria o seu controlo da **asma** nas últimas **4 semanas**?

1	2	3	4	5
Não controlada	Mal controlada	Mais ao menos controlada	Bem controlada	Completamente controlada