

ASTMAN ITSEARVIOINTILOMAKE

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Minä vuonna astmasi on todettu: _____

Allergiat, mille? _____

Tupakoitko ? en kyllä, aloitusvuosi _____, montako tupakkaa päivässä _____
 olen lopettanut vuonna _____Saatko Kelan erityiskorvattavuutta astmalääkkeistä? en kyllä

1). Kuinka usein astmasi esti sinua toimimasta normaalisti työssä, koulussa tai kotona viimeisten neljän viikon ajalta?

Koko ajan Usein Ajoittain Harvoin Ei ollenkaan

2). Kuinka usein sinulla on ollut hengenahdistusta viimeisten neljän viikon aikana?

Useammin kuin kerran päivässä Kerran päivässä 3-6 kertaa viikossa Kerran tai kaksi viikossa Ei ollenkaan

3). Kuinka usein heräsit astman oireisiin (hengityksen vinkuminen, yskiminen, hengenahdistus, puristava tunne tai kipu rintakehällä) yöllä tai aikaisin aamulla viimeisten neljän viikon aikana?

Neljä kertaa viikossa tai useammin 2-3 yönä viikossa Kerran viikossa Kerran tai kaksi Ei ollenkaan

4). Kuinka usein olet käyttänyt nopeasti vaikuttavaa, sisään hengitettävää lääkettä (esim. Airomir, Bricanyl, Buventol, Ventoline) viimeisen neljän viikon aikana?

Kolme kertaa päivässä tai useammin Yksi tai kaksi kertaa päivässä Kaksi tai kolme kertaa viikossa Kerran viikossa tai harvemmin Ei ollenkaan

5). Kuinka itse arvioisit astman hallintaasi viimeisten neljän viikon aikana?

Ei ollenkaan hallinnassa Huonosti hallinnassa Jokseenkin hallinnassa Hyvin hallinnassa Täysin hallinnassa Onko sinulla nenän tukkoisuutta tai muita nenäoireita Kyllä Ei

Mitä lääkkeitä käytät astmaasi ja millä annoksilla?

Hoitava lääke _____

Avaava lääke _____

Muut _____

Mitä toivot vastaanottokäynniltäsi? _____