

ASTHMA CONTROL TEST™ – ACT

Nombre: _____

Fecha: _____ DNI: _____

Instrucciones:

- 1) Conteste cada pregunta y escriba el número de la respuesta en el cuadro que aparece a la derecha de la pregunta.
- 2) Sume sus respuestas y escriban el puntaje total en el cuadro que se muestra debajo.

1. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia su **asma** le impidió realizar sus tareas habituales en el trabajo, la escuela o el hogar? **PUNTAJE**

Siempre 1	La mayor parte del tiempo 2	Algunas veces 3	Pocas veces 4	Nunca 5	
------------------	------------------------------------	------------------------	----------------------	----------------	--

2. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia sintió falta de 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 los síntomas de **asma** (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión o dolor en el pecho) lo/la despertaron durante la noche o más temprano que de costumbre por 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 usó su inhalador o nebulizador con medicación de rescate, tal como Salbutamol?

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 calificaría 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	
------------------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------------	--

Para obtener el puntaje total, sumar los valores obtenidos en cada pregunta

PUNTAJE TOTAL:

19
o menos

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

Referencias: 1. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU, Institutos Nacionales de la Salud, Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre. Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma (EPR-3 2007). Ítem de NIH No. 08-4051. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>. Consultado el 10 de septiembre de 2007. 2. Nathan RA y otros. *J Allergy Clin Immunol.* 2004;113:59-65.

INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES FACULTADOS PARA PRESCRIBIR O DISPENSAR MEDICAMENTOS.

Mayor información disponible a petición. Argentina: Sanofi-Aventis Argentina S.A. – Tucumán 1, Piso 4º, C1049AAA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Tel: (011) 4732-5000 - www.sanofi.com.ar Chile: Sanofi-Aventis de Chile S.A. - Av. Presidente Riesco 5435, of. 1802, Las Condes, Santiago, Chile Tel: 233408400 - www.sanofi.cl MAT-AR-2300937 V1.0 05/2023