

Navn

CPR. nr.

Dato

Spørgeskema til dig som har

# Astma

For at vi sammen kan finde ud af om din behandling for astma er optimal, vil vi bede dig om at besvare dette spørgeskema, og tage det med til samtalen hos speciallægen.

## 1. Oplever du nogle af disse gener:

	I hvile	Ved anstrengelse
Åndenød	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trykken for brystet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pibende vejrtrækning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 2. Hvis ja til gener i hvile, hvor ofte mærker du så disse gener?

	Ja	Nej
Mere end 2 gange om ugen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Om natten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 3. Bruger du anfaldsmedicin for astma?

Fx Bricanyl, Terbasmin eller Ventoline

Ja  Nej

3.b Hvis ja, anvender du det mere end 2 gange om ugen?

Ja  Nej

## 4. Har du siden din sidste opfølgning haft en forværring af astmaen?

Ja  Nej

## 5. Får du medicin for astma?

Ja  Nej

Hvis ja, hvilke(n): \_\_\_\_\_

## 6. Hvor mange dage om ugen tager du din astma medicin?

1 dag  2 dage  3 dage  4 dage  5 dage  6 dage  7 dage