

# Savikontrolės testas astma sergantiems pacientams

Užpildykite klausimyną, kvadratėliuose ties **TAIP** ar **NE** paukščiuku pažymėdami atsakymus į klausimus.

	TAIP	NE
• Ar per paskutinius 12 mėnesių dienos metu Jus vargino šie simptomai: nosies užgulimas, nosies niežulys, ašarojimas, čiaudulys ar varvanti nosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ar per paskutinius 12 mėnesių patyrėte šiuos simptomus naktį, ar dėl jų buvo sunkiau užmigti, ar pabusedavote nakties metu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ar Jums simptomai tęsėsi ilgiau kaip keturias dienas per savaitę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ar Jums simptomai tęsėsi ilgiau kaip 4 savaites per paskutinius 12 mėnesių?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ar šie simptomai neigiamai veikė Jūsų darbą, miegą, veiklą namie, mokykloje, aktyvumą šeimoje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ar pastebėjote, kad astma turi tendenciją blogėti, kai pasireiškia šie simptomai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeigu nors į vieną klausimą atsakėte **TAIP**, papasakokite savo astmos gydytojui apie šiuos simptomus ir parodykite šį testą.

Gydytojas padės Jums parinkti tinkamą gydymą.

