# Vragenlijst voor de controle van astma

Om u beter te kunnen begeleiden in het omgaan met uw astma en het gebruik van uw medicatie, vragen wij u om onze vragenlijst in te vullen. Door dit regelmatig te doen kunnen we klachten vroegtijdig signaleren en – waar nodig – samen passende stappen zetten.

Lever de ingevulde vragenlijst in via een e-consult, of bij de balie van de huisartsenpraktijk.

Als uit de antwoorden blijkt dat een controle gewenst is, nemen wij contact met u op. U mag uiteraard ook zelf contact opnemen als u klachten heeft of vragen wilt bespreken.

## Persoonsgegevens

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Uw astma medicatie

|  |  |
| --- | --- |
| Naam puf | Hoeveel pufs en hoe vaak per dag gebruikt u deze medicatie? |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Lukt het u om de pufs goed te gebruiken?**

☐ Ja

☐ Nee

**Heeft u vragen over astma of wenst u een afspraak voor controle op het spreekuur?**

☐ Ja – ik heb vragen of wil graag een afspraak.

☐ Nee

Telefoonnummer waarop wij u kunnen bereiken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## ACQ-scorelijst (Astma Control Questionnaire)

Beantwoord de onderstaande vragen op basis van uw ervaringen van **de afgelopen week**.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Hoe vaak bent u per nacht gemiddeld

 wakker geworden door uw astma in de afgelopen week?  | 1. Nooit
2. Bijna nooit
3. Een paar keer
4. Verscheidene keren
5. Vaak
6. Heel vaak
7. Kon niet slapen vanwege astma
 |
| 1. Hoe ernstig waren uw astmaklachten bij het 's morgens wakker worden

gemiddeld in de afgelopen week?  | 1. Geen klachten
2. Heel lichte klachten
3. Lichte klachten
4. Matige klachten
5. Vrij ernstige klachten
6. Ernstige klachten
7. heel ernstige klachten
 |
| * 1. In welke mate werd u over het algemeen in

de afgelopen week door uw astma beperkt bij uw activiteiten? | 1. Helemaal niet beperkt
2. Nauwelijks beperkt
3. Een beetje beperkt
4. Tamelijk beperkt
5. Erg beperkt
6. Heel erg beperkt
7. Volledig beperkt
 |
|  * 1. In welke mate heeft u zich over het algemeen kortademig gevoeld in de afgelopen week tengevolge van uw astma?
 | 1. Helemaal niet
2. Nauwelijks
3. Een beetje
4. Middelmatig
5. Vrij ernstig
6. Ernstig
7. Heel ernstig
 |
|  * 1. Hoe vaak had u in de afgelopen week over het algemeen een piepende ademhaling?
 | 1. Nooit
2. Zelden
3. Af en toe
4. Geregeld
5. Vaak
6. Meestal
7. Altijd
 |
| 6. Hoe veel puffs/inhalaties van een kortwerkend luchtwegverwijdend middel (bv. ventolin, bricanyl of salbutamol) heeft u op de meeste dagen genomen in de afgelopen week? *(als u niet zeker weet hoe u deze vraag moet beantwoorden, vraag dan a.u.b. om uitleg)*  | 1. Geen
2. 1-2 puffs/inhalaties
3. 3-4 puffs/inhalaties
4. 5-8 puffs/inhalaties
5. 9-12 puffs/inhalaties
6. 13-16 puffs/inhalaties
7. meer dan 16 puffs/inhalaties
 |