# 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 |