

ASTMA vragenlijst

Vragenlijst ACQ6 (Asthma Control Questionnaire)

1. Hoe vaak bent u per nacht gemiddeld **wakker geworden door uw astma** in de afgelopen week?

0	Nooit	4	Vaak
1	Bijna nooit	5	Heel vaak
2	Een paar keer	6	Kon niet slapen vanwege astma
3	Verscheidene keren		

2. Hoe **ernstig waren uw astmaklachten bij het 's morgens wakker worden** gemiddeld in de afgelopen week?

0	Geen klachten	4	Vrij ernstige klachten
1	Heel lichte klachten	5	Ernstige klachten
2	Lichte klachten	6	Heel ernstige klachten
3	Matige klachten		

3. In welke mate werd u over het algemeen in de afgelopen week door uw astma **beperkt bij uw activiteiten?**

0	Helemaal niet beperkt	4	Erg beperkt
1	Nauwelijks beperkt	5	Heel erg beperkt
2	Een beetje beperkt	6	Volledig beperkt
3	Tamelijk beperkt		

4. In welke mate heeft u zich over het algemeen **kortademig** gevoeld in de afgelopen week ten gevolge van uw astma?

0	Helemaal niet	4	Vrij ernstig
1	Nauwelijks	5	Ernstig
2	Een beetje	6	Heel ernstig
3	Middelmatig		

5. Hoe vaak had u in de afgelopen week over het algemeen een **piepende ademhaling?**

0	Nooit	4	Vaak
1	Zelden	5	Meestal
2	Af en toe	6	Altijd
3	Geregeld		

6. Hoe veel **pufs/inhalaties van een kortwerkende luchtwegverwijder** (bv Ventolin, Bricanyl, salbutamol of aeromir) heeft u op de meeste dagen genomen in de afgelopen week?

0	Geen	4	9-12 pufs/inhalaties
1	1-2 pufs/inhalaties	5	13-16 pufs/inhalaties
2	3-4 pufs/inhalaties	6	meer dan 16 pufs/inhalaties
3	5-8 pufs/inhalaties		

Aanvullende vragen

Metingen

- 1) Wat is uw huidige gewicht? Ik weeg nukg
- 2) Wat is uw lengte? Ik benmeter en centimeter lang

Medicijnen

- 3) Welke medicijnen gebruikt u voor astma en hoe vaak? Omcirkel wat van toepassing is of vul aan.
 - a) Foster 100/6 2x per dag 1 of 2 pufs
 - b) Airbufo, Bufofer, Duoresp of Symbicort 2x per dag 1 of 2 pufs
 - c) Airfusol, Salfutin, Salfuler, Salmeterol/Fluticason 2x per dag 1 puf of 2 pufs
 - d) Budesonide of Pulmicort 2x per dag 1 of 2 pufs
 - e) Alvesco of Ciclesonide 1x per dag 1 puf
 - f) Spiriva (of Triotus, Tiotropium, Tavulus, Scinorus) 1x per dag 2 pufs
 - g) Ventolin of Salbutamol. Hoeveel pufs per week?.....
 - h) Ik gebruik (nog) andere medicatie:
- 4) Bent u tevreden met het gebruik van uw medicatie? JA/NEE
- 5) Ervaart u bijwerkingen bij uw medicatie? JA/NEE
- 6) Heeft u het afgelopen jaar antibiotica of Prednison gebruikt voor longproblemen? JA/NEE

Leefstijl

- 7) Rookt u? JA?NEE
 - a) Zo ja, hoeveel per dag? sigaretten/shag/sigaren (omcirkel wat van toepassing is)
 - b) Zou u willen stoppen met roken? JA/NEE
- 8) Wat doet u aan bewegen? Beschrijf zo nauwkeurig mogelijk wat u doet, hoe vaak en hoe lang.
.....
.....
.....
.....
- 9) Bent u de afgelopen tijd onbedoeld afgevallen? JA/NEE

Overig

- 10) Heeft u vragen over de gezondheid van uw longen? JA/NEE
- 11) Hier is ruimte om andere niet-dringende zaken rondom uw longen die u hier zou willen vermelden. Indien u dringende klachten of vragen heeft, altijd direct met de praktijk bellen!
.....
.....
.....

Wij nemen binnen 2 weken na inleveren van dit formulier contact met u op.