

Prueba de Control de Asma (ACT®)

Durante las últimas 4 semanas ¿con que frecuencia su asma le impidió llevar a cabo sus tareas habituales en el trabajo, el estudio o el hogar?					
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	Total
1	2	3	4	5	

Durante las últimas 4 semanas ¿con que frecuencia sintió falta de aire?					
Más de 1 vez al día	1 vez al día	3 a 6 veces en la semana	1 a 2 veces en la semana	Nunca	Total
1	2	3	4	5	

Durante las últimas 4 semanas ¿con que frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión o dolor en el pecho) lo/la hicieron despertar durante la noche o más temprano que de costumbre por la mañana?					
Más de 4 noches a la semana	De 2 a 3 noches a la semana	1 vez a la semana	1 ó 2 veces	Nunca	Total
1	2	3	4	5	

Durante las últimas 4 semanas ¿con que frecuencia usó su inhalador de efecto inmediato o se hizo nebulizaciones?					
Más de 3 veces al día	1 ó 2 veces al día	2 ó 3 veces a la semana	1 vez a la semana o menos	Nunca	Total
1	2	3	4	5	

¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?					
Nada controlada	Mal controlada	Algo controlada	Bien controlada	Totalmente controlada	Total
1	2	3	4	5	

Puntaje Total	
----------------------	--

Puntaje Total	Grado de Control
25	Control Total
20 a 24	Buen Control
Menos de 20	No Control (Comunicarse con su médico)