

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Frågor om Din astma / Dina luftrörsbesvär

1. Hur gammal är Du? år.
2. Är Du? <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man
3. Vilken sjukdom har Du som stämmer bäst på Dina luftrörsbesvär? Kryssa för det eller de alternativ som Du anser stämmer med Din uppfattning. <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> KOL <input type="checkbox"/> Kronisk bronkit <input type="checkbox"/> Annan:..... <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Har tidigare haft luftrörsbesvär men inte senaste året <input type="checkbox"/> Har aldrig haft luftrörsbesvär
4. Vid vilken ålder började Dina luftrörsbesvär? <input type="checkbox"/> Före 7 år <input type="checkbox"/> 7-15 år <input type="checkbox"/> 16-25 år <input type="checkbox"/> 26-45 år <input type="checkbox"/> 46-60 år <input type="checkbox"/> Över 60 år <input type="checkbox"/> Har aldrig haft luftrörsbesvär
5. Har Du haft astmabesvär vid något tillfälle under de senaste 12 månaderna? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, aldrig <input type="checkbox"/> Vet ej

Frågor om astma och allergi

6. Får Du astmabesvär eller allergiska ögon- eller näsbesvär vid kontakt med pollen (t ex björk, gräs eller gråbo) eller pälsdjur (t ex katt, hund, häst)? <input type="checkbox"/> Ja, ofta <input type="checkbox"/> Ja, ibland <input type="checkbox"/> Nej, aldrig <input type="checkbox"/> Vet ej
7. Har Du någon gång blivit allergitredd med allergitest, antingen blodprov eller så kallat pricktest? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
8. Har Du någonsin haft problem med nysningar, rinnande eller täppt näsa när Du inte varit förkyld eller haft influensa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej

9. Har Du haft problem med nysningar, rinnande eller täppt näsa när Du inte varit förkyld eller haft influensa under de senaste 12 månaderna?

Ja Nej Vet ej

10. Har Du haft bihålebesvär de senaste 6 månaderna?

Ja Nej Vet ej

11. Har Du haft eksem eller någon form av hudallergi under de senaste 12 månaderna?

Ja Nej Vet ej

Frågor om andra sjukdomar och besvär

12. Har Du eller har Du haft någon eller några av följande sjukdomar?

(Sätt ett kryss för aktuella alternativ).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergiska näs- eller ögonbesvär | <input type="checkbox"/> Crohns sjukdom eller ulcerös kolit |
| <input type="checkbox"/> Högt blodtryck | <input type="checkbox"/> Ångest/Depression |
| <input type="checkbox"/> Hjärtsjukdom | <input type="checkbox"/> Reumatisk ledsjukdom |
| <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> Osteoporos/benskörhet |
| <input type="checkbox"/> Kronisk värk | <input type="checkbox"/> Sömnapné |
| <input type="checkbox"/> Polymyalgi/PMR (muskelreumatism) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Claudicatio (fönstertittarsjuka) | <input type="checkbox"/> Inget av dessa |

13. Har Du eller har Du behandlats för någon eller några av dessa hjärtsjukdomar?

Hjärtinfarkt Kärkramp Förmaksflimmer Hjärtsvikt Inget av dessa

14. Har Du senaste 12 månaderna behandlats med läkemedel (antidepressiva) eller gått på samtalsbehandling på grund av nedstämdhet/depression eller ångest?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, enbart läkemedel | <input type="checkbox"/> Ja, enbart samtalsbehandling |
| <input type="checkbox"/> Ja, både läkemedel och samtalsbehandling | <input type="checkbox"/> Nej |

15. Har Du problem med halsbränna eller sura uppstötningar nattetid i genomsnitt en gång i veckan eller oftare?

Ja Nej Vet ej

Frågor om COVID-19

16. Har Du haft Covid-19 (Corona)? Flera alternativ möjliga

- Ja, bekräftades med ett hals/näsprov (PCR-test)
- Ja, bekräftades med snabbtest (näsprov)
- Ja, bekräftades med antikroppstest (blodprov)
- Ja, enligt läkare eller sjuksköterska
- Ja, jag tror det då mina symtom var typiska för Covid-19 men har inte testats
- Nej, jag tror inte det

Om Nej fortsätt till fråga 21.

Om Ja och Du haft Covid-19 besvara frågorna 17–20 nedan.

17. När insjuknade Du i Covid-19? (Om flera gånger ange första tillfället) (Ange månad och år)

Blev sjuk undermånad, År

18. Har Du vårdats på sjukhus eller sökt akut någonstans på grund av Covid-19 (Corona)? (Flera alternativ möjliga)

- Ja, sökt akut på vårdcentral/jourmottagning
- Ja, sökt akut på sjukhus
- Ja, vårdats på vårdavdelning
- Ja, vårdats på intensivvårdsavdelning
- Nej, varken sökt akut eller sjukhusvårdats

19. Hur skulle Du beskriva svårighetsgraden av Din Covid-19 infektion?

- Mycket lindrig
- Lindrig
- Måttligt svår
- Svår
- Mycket svår

20. Om Du har kvarvarande eller haft långvariga symtom (längre än 3 månader) efter Din Covid-19 infektion.

Vilka av nedanstående symtom upplever Du har tillkommit eller har ökat om Du jämför med tiden innan Du fick Covid-19 infektion? Flera alternativ möjliga.

- Andfåddhet vid kraftig ansträngning
- Andfåddhet vid liten ansträngning
- Hosta
- Hjärtklappningsbesvär
- Trötthet
- Muskelvärk/ledvärk
- Ökad snuva/nästäppa
- Ökade minnes- eller koncentrationssvårigheter
- Ökad ångest/oro/nedstämdhet
- Annat:

Frågor om Din aktuella medicinering

- | | |
|-----|--|
| 21. | Har Du tagit snabbverkande luftrörsvidgande medicin, till exempel Bricanyl, Ventoline, Airomir, Ventilastin eller Buventol på grund av astmabesvär <i>mer än två gånger den senaste veckan</i> ? |
| | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 22. | Har Du under senaste året behövt ta luftrörsvidgande medicin före ansträngning, för att undvika att få astmabesvär vid ansträngning? |
| | <input type="checkbox"/> Ja, alltid <input type="checkbox"/> Ja, ibland <input type="checkbox"/> Nej, aldrig <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 23. | Har Du använt kortison för inandning, till exempel Pulmicort, Flutide, Becotide, Asmanex, Giona, Novopulmon, Alvesco, AeroBec eller Beclomet <i>det senaste halvåret</i> ? |
| | <input type="checkbox"/> Regelbundet <input type="checkbox"/> I perioder <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 24. | Har Du använt långverkande luftrörsvidgande medicin, till exempel Oxis, Serevent, Formatris, Striverdi eller Onbrez <i>det senaste halvåret</i> ? |
| | <input type="checkbox"/> Regelbundet <input type="checkbox"/> I perioder <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 25. | Har Du tagit <i>extra doser</i> av långverkande luftrörsvidgande medicin, till exempel Oxis, Serevent, Formatris, Striverdi eller Onbrez på grund av astmabesvär <i>mer än två gånger den senaste veckan</i> ? |
| | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 26. | Har Du använt Spiriva, Eklira, Incruse, Seebri eller Braltus <i>det senaste halvåret</i> ? |
| | <input type="checkbox"/> Regelbundet <input type="checkbox"/> I perioder <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 27. | Har Du använt kombination av flera långverkande luftrörsvidgande medicin, till exempel Ultibro, Spiolto, Anoro, Bevespi eller Duaklir <i>det senaste halvåret</i> ? |
| | <input type="checkbox"/> Regelbundet <input type="checkbox"/> I perioder <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 28. | Har Du använt Symbicort, Bufomix, Seretide, DuoResp, Relvar, Aectura, Flutiform eller Innovair (kombination av långverkande luftrörsvidgande och kortison) <i>det senaste halvåret</i> ? |
| | <input type="checkbox"/> Regelbundet <input type="checkbox"/> I perioder <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| 29. | Har Du tagit <i>extra doser</i> av Symbicort, Bufomix, Seretide, DuoResp, Relvar, Aectura, Flutiform eller Innovair på grund av astmabesvär <i>mer än två gånger den senaste veckan</i> ? |
| | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |

30. Denna fråga besvaras om Du använder Symbicort, Bufomix, DuoResp eller Innovair som enda medicin för Din astma.

Hur har Du i så fall använt denna medicin *senaste halvåret*?

- Tar den regelbundet men har annan medicin att ta vid akuta besvär
- Tar den regelbundet och tar samma medicin vid astmaförsämring eller vid akuta besvär
- Tar den bara vid astmabesvär (vid behov) eller i perioder och har ingen annan medicin

31. Har Du använt Trelegy, Enerzair, Trimbaw eller Trixeo (kombination av två långverkande luftrörsvidgande och kortison) det *senaste halvåret*?

- Regelbundet I perioder Nej Vet ej

32. Har Du använt Montelukast eller Singulair (tabletter) det *senaste halvåret*?

- Regelbundet I perioder Nej Vet ej

33. Får Du injektionsbehandling med Xolair, Nucala, Fasenra, Cinquaero eller Dupixent på grund av svår astma?

- Ja Nej Vet ej

34. Har läkare eller sjuksköterska visat eller kontrollerat att Du tar Din astmamedicin på rätt sätt under senaste året?

- Ja, både visat och kontrollerat Ja, bara visat Ja, bara kontrollerat
- Nej Vet ej

35. Har Du på grund av astmaförsämring behövt ta kortison-tabletter (Betapred eller Prednisolon) vid något tillfälle under det *senaste halvåret*?

- Ja, en gång Ja, vid två olika tillfällen Ja, vid mer än två olika tillfällen
- Använder kortison-tabletter regelbundet på grund av astma Nej

36. Använder Du kortison-tabletter regelbundet på grund av annan sjukdom än astma?

- Ja Nej Vet ej

37. Har Du recept på kortison-tabletter så att Du kan börja behandling pga astmaförsämring utan att söka sjukvård?

- Ja Nej Vet ej

38. Om Du tänker på hur Du använder Din astmamedicin och vad läkare eller astma/KOL-sjuksköterska rekommenderat? Vilket alternativ passar bäst?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jag tar alltid som rekommenderats | <input type="checkbox"/> Jag tar oftast som rekommenderats |
| <input type="checkbox"/> Jag tar då och då som rekommenderats | <input type="checkbox"/> Jag tar sällan som rekommenderats |
| <input type="checkbox"/> Jag tar inte alls som rekommenderats | <input type="checkbox"/> Jag tar mer än som rekommenderats |
| <input type="checkbox"/> Jag har inga astmamediciner | |

39. Har Du senaste året använt allergitabletter (antihistaminer som t ex Clarityn, Loratadin, Desloratadin, Aerijs, Caredin, Kestine, Zyrlex, Cetirizin, Telfast eller Ebastine) på grund av allergiska näsbesvär?

- Regelbundet I perioder Nej Vet ej

40. Har Du senaste året använt nässpray som innehåller kortison (t ex Rhinocort, Desonix, Livicort, Nasonex, Mometason, Flutide, Flutikason Avamys, Dymista)?

- Regelbundet I perioder Nej Vet ej

Frågor om Dina besvär

41. Har Du vaknat på grund av hosta, pip i bröstet eller andningsbesvär den senaste veckan?

- Ja, en natt Ja, flera nätter Nej

42. Får Du besvär av Din astma vid ansträngning?

- Ja, ofta Ja, ibland Ja, men sällan Nej, aldrig Vet ej

43. Har Du sökt akut hos distriktsläkare/familjeläkare/husläkare/jourcentral på grund av försämring av Din astma det senaste halvåret?

- Ja, en gång Ja, två gånger Ja, mer än två gånger Nej

44. Har Du sökt akut via nätläkare/videosamtal/telefonkonsultation istället för akutbesök på vårdcentral eller sjukhus på grund av försämring av Din astma det senaste halvåret?

- Ja, en gång Ja, två gånger Ja, mer än två gånger Nej

45. Har Du sökt akut på sjukhus på grund av försämring av Din astma det senaste halvåret?

- Ja, en gång Ja, två gånger Ja, mer än två gånger Nej

46. Har Du legat på sjukhus på grund av Din astma under det senaste halvåret?

- Ja, en gång Ja, två gånger Ja, mer än två gånger Nej

47. Om Du nu tänker på senaste 12 månaderna - har Du då överhuvudtaget sökt akut på grund försämring av Din astma någonstans inom sjukvården?

- Ja, en gång Ja, två gånger Ja, tre gånger Ja, mer än tre gånger Nej

48. Om Du tänker på senaste akutbesöket (på vårdcentral eller sjukhus) pga Din astma - fick Du då ett återbesök eller uppföljning inom 6 veckor? (flera svar kan vara aktuella)

- Ja, återbesök till läkare
 Ja, återbesök till astma/KOL-sjuksköterska
 Ja, telefontid/videosamtal till läkare
 Ja, telefontid/videosamtal till astma/KOL-sjuksköterska
 Nej, ingen särskild uppföljning
 Frågan ej aktuell - inte sökt akut senaste 12 månaderna

49. Om Du nu tänker på senaste 12 månaderna - har Du då vid något tillfälle behövt ta kortisonpiller (Betapred eller Prednisolon) på grund av försämring av Din astma?

- Ja, en gång Ja, två gånger Ja, tre gånger Ja, mer än tre gånger Nej

Frågor om bland annat Dina sjukvårdskontakter

50. Var har Du Dina kontroller/får recept för Din astma? (Flera alternativ kan vara aktuella)

- På vårdcentral/hälsocentral/familjeläkarmottagning/husläkarmottagning
 På sjukhusmottagning
 Nätläkare
 Annat alternativ
 Har inte några kontroller och behöver inga recept

51. Har Du någon gång det senaste året avstått från att hämta ut Din astmamedicin på grund av kostnaden för dessa?

- Ja Nej Vet ej

<p>52. När var Du på Ditt senaste läkarbesök pga Din astma (gäller ej akut/jourbesök)?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-6 mån sedan <input type="checkbox"/> 6-12 mån sedan <input type="checkbox"/> 1-2 år sedan <input type="checkbox"/> Mer än 2 år sedan</p> <p><input type="checkbox"/> Går inte på läkarbesök på grund av astma</p>
<p>53. Har Du haft kontakt med läkare via telefon, e-post, brev, ”mina vårdkontakter”, chatt eller videosamtal under senaste året pga Din astma?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, endast för receptförnyelse <input type="checkbox"/> Ja, endast för rådgivning/uppföljning av min astma</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, både för receptförnyelse och rådgivning/uppföljning av min astma <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>54. Om Du varit på besök hos astma/KOL-sjuksköterska pga Din astma - hur länge sedan var det (gäller ej akut/jourbesök)?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-6 mån sedan <input type="checkbox"/> 6-12 mån sedan <input type="checkbox"/> 1-2 år sedan <input type="checkbox"/> Mer än 2 år sedan</p> <p><input type="checkbox"/> Går inte hos astma/KOL-sjuksköterska på grund av min astma</p>
<p>55. Har Du haft kontakt med astma/KOL-sjuksköterska via telefon, e-post, chatt eller videosamtal under senaste året på grund av Din astma?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, endast för receptförnyelse <input type="checkbox"/> Ja, endast för rådgivning/uppföljning av min astma</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, både för receptförnyelse och rådgivning/uppföljning av min astma <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>56. Vet Du vilken läkare som ansvarar för Din astmabehandling?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>57. På vilken vårdcentral/hälsocentral/familjeläkar-/husläkarmottagning har Du Dina läkarkontakter?</p> <p>Svar:..... <input type="checkbox"/> Ej aktuellt</p>
<p>58. Har Du fått en skriftlig instruktion/behandlingsplan om hur Du skall ändra Din medicinering vid försämring av Din astma?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej</p>
<p>59. Tycker Du att Du har tillräckliga kunskaper om hur Du skall hantera en försämring av Din astma?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, absolut <input type="checkbox"/> Ja, delvis <input type="checkbox"/> Ja, lite <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>60. Hur skulle Du i stort beskriva svårighetsgraden av Din astmasjukdom?</p> <p><input type="checkbox"/> Mycket lindrig <input type="checkbox"/> Lindrig <input type="checkbox"/> Måttligt svår <input type="checkbox"/> Svår <input type="checkbox"/> Mycket svår</p> <p><input type="checkbox"/> Har ej astma</p>

68. Vilket är Ditt nuvarande eller var Ditt senaste yrke eller sysselsättning?

Svar:

69. Vilket år började Du arbeta i detta yrke eller med denna sysselsättning?

Svar:

70. Om Du arbetar - upplever Du att Din astma förvärras av arbetsmiljön på Ditt nuvarande arbete?

Ja Ja, jag misstänker det Nej Frågan inte aktuell, arbetar inte

71. Om Du upplever att Din astma försämras i arbetet - vad misstänker Du kan vara orsaken (flera svar kan vara aktuella)

<input type="checkbox"/> Kemikalier	<input type="checkbox"/> Damm	<input type="checkbox"/> Inomhusmögel
<input type="checkbox"/> Dofter	<input type="checkbox"/> Gaser	<input type="checkbox"/> Stress
<input type="checkbox"/> Djur	<input type="checkbox"/> Fysisk ansträngning	<input type="checkbox"/> Passiv rökning
<input type="checkbox"/> Utsätts för infektioner	<input type="checkbox"/> Annat.....	
<input type="checkbox"/> Upplever ingen försämring i arbetet	<input type="checkbox"/> Frågan inte aktuell, arbetar inte	

Frågor om rökning

72. Röker Du?

Nej, jag har aldrig rökt regelbundet Nej, jag har slutat röka
 Ja, jag röker någon gång ibland Ja, jag röker dagligen

73. Om Du rökt tidigare men slutat - För hur många år sedan slutade Du röka?

.....år sedan

74. Om Du röker eller tidigare rökt dagligen. – I hur många år har Du rökt dagligen?

.....år

75. Om Du röker eller tidigare rökt cigaretter – Hur många cigaretter har Du i genomsnitt rökt per dag?.....cigaretter per dag

<p>76. Denna fråga besvaras om Du röker eller slutat röka de senaste 5 åren. Har Du av sjukvården <i>erbjudits</i> hjälp med rökstopp?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej</p>
<p>77. Denna fråga besvaras om Du röker eller slutat röka de senaste 5 åren. Har Du <i>fått</i> rökslutarhjälp från sjukvården, antingen enskilt vid särskilda besök eller i grupp?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej</p>
<p>78. Om Du svarat <i>ja</i> på fråga 77 - På vilket sätt har Du fått rökslutarhjälp?</p> <p><input type="checkbox"/> I grupp <input type="checkbox"/> Enskilt <input type="checkbox"/> Både i grupp och enskilt</p>
<p>79. Denna fråga besvaras om Du röker eller tidigare rökt. Har Du använt läkemedel, antingen receptfria eller på recept, för att försöka sluta röka? (Flera alternativ möjliga)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, nikotinersättning t ex nikotinplåster/tuggummi <input type="checkbox"/> Ja, tabletter mot röksug (Zyban eller Champix) <input type="checkbox"/> Annat..... <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>80. Använder Du snus?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, dagligen <input type="checkbox"/> Då och då <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>81. Denna fråga besvaras om Du rökt tidigare. Började Du att snusa när Du slutade att röka?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Minns inte</p>
<p>82. Använder Du E-cigarett antingen med eller utan nikotin?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, dagligen <input type="checkbox"/> Då och då <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>83. Använder Du vattenpipa?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, dagligen <input type="checkbox"/> Då och då <input type="checkbox"/> Nej</p>

På kommande sidor kommer ytterligare frågor om hur Du mår i Din astma och hur upplever Din hälsa.

Var vänlig besvara **dessa** frågor genom att ringa in siffran som bäst beskriver hur Du har känt Dig under de **senaste 2** veckorna **på grund av Din astma.**

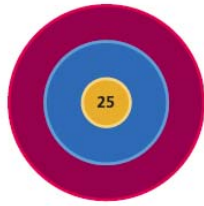
I ALLMÄNHET, HUR STOR DEL AV TIDEN UNDER DE SENASTE 2 VECKORNA HAR DU:

	Hela Tiden	Största delen av tiden	En hel del av tiden	Ibland	Lite av tiden	Nästan aldrig	Aldrig
84. Känt Dig ANDFÅDD på grund av Din astma?	1	2	3	4	5	6	7
85. Känt Dig besvärad av eller varit tvungen att undvika DAMM i omgivningen?	1	2	3	4	5	6	7
86. Känt Dig frustrerad på grund av Din astma?	1	2	3	4	5	6	7
87. Känt Dig besvärad av HOSTA?	1	2	3	4	5	6	7
88. Känt Dig RÄDD FÖR ATT INTE HA DIN ASTMAMEDICIN TILLGÄNGLIG?	1	2	3	4	5	6	7
89. Haft en ÅTSTRAMANDE KÄNSLA ELLER TRYCK ÖVER BRÖSTET?	1	2	3	4	5	6	7
90. Känt Dig besvärad av eller varit tvungen att undvika CIGARETTRÖK i omgivningen?	1	2	3	4	5	6	7
91. Haft problem med att SOVA GOTT OM NATTEN på grund av Din astma?	1	2	3	4	5	6	7
92. Känt Dig BEKYMRAD ÖVER ATT DU HAR ASTMA?	1	2	3	4	5	6	7
93. Har det PIPIT I BRÖSTET?	1	2	3	4	5	6	7
94. Känt Dig besvärad av eller varit tvungen att undvika att gå ut på grund av VÄDRET ELLER LUFTFÖRORENINGAR?	1	2	3	4	5	6	7

UNDER DE SENASTE 2 VECKORNA, HUR BEGRÄNSAD HAR DU VARIT I DESSA AKTIVITETER PÅ GRUND AV DIN ASTMA?

	Fullständigt begränsad	Väldigt mycket begränsad	Mycket begränsad	Måttligt begränsad	Lite begränsad	Nästan inte alls begränsad	Inte begränsad alls
95. ANSTRÄNGANDE AKTIVITETER (som att skynda sig, träna, springa upp för trappor, sporta)	1	2	3	4	5	6	7
96. MÅTTLIGT ANSTRÄNGANDE AKTIVITETER (som att promenera, utföra hushållsarbete, utföra trädgårdsarbete, handla, gå upp för trappor)	1	2	3	4	5	6	7
97. SOCIALA AKTIVITETER (som att prata, leka med husdjur/barn, besöka vänner/släktingar)	1	2	3	4	5	6	7
98. ARBETSRELATERADE AKTIVITETER (uppgifter Du måste utföra på arbetet) <i>Om Du inte arbetar avses sysslor /aktiviteter som Du måste utföra de flesta dagar</i>	1	2	3	4	5	6	7

Test (ACT™)



Ta reda på din astmapoäng

Steg 1: Ringa in din poäng för varje fråga och skriv in siffran i rutan till höger. Svara så ärligt som möjligt. Detta kommer att hjälpa dig och din läkare att diskutera din astma.

↓
POÄNG

Under de senaste **fyra veckorna**, hur stor del av tiden har du hindrats av din **astma** från att utföra dina normala aktiviteter på arbetet, i skolan eller hemma?

Fråga 1

Hela tiden	1	En större del av tiden	2	En del av tiden	3	En mindre del av tiden	4	Ingen del av tiden	5	<input type="text"/>
------------	---	------------------------	---	-----------------	---	------------------------	---	--------------------	---	----------------------

Under de **senaste fyra veckorna**, hur ofta har du varit andfådd/upplevt andnöd?

Fråga 2

Mer än en gång om dagen	1	En gång om dagen	2	Tre till sex gånger i veckan	3	En eller två gånger i veckan	4	Inte alls	5	<input type="text"/>
-------------------------	---	------------------	---	------------------------------	---	------------------------------	---	-----------	---	----------------------

Under de **senaste fyra veckorna**, hur ofta har du vaknat av dina **astmasymtom** (väsande andning, hosta, andfåddhet/andnöd, täthetskänsla eller värk i bröstet) under natten eller tidigare än vanligt på morgonen?

Fråga 3

Fyra eller fler nätter i veckan	1	Två till tre nätter i veckan	2	En gång i veckan	3	En eller ett par gånger	4	Inte alls	5	<input type="text"/>
---------------------------------	---	------------------------------	---	------------------	---	-------------------------	---	-----------	---	----------------------

Under de **senaste fyra veckorna**, hur ofta har du använt din kortverkande luftrörsvidgare (som t.ex. Bricanyl, Ventoline, Airomir)?

Fråga 4

Tre eller fler gånger per dag	1	En eller två gånger per dag	2	Två eller tre gånger per vecka	3	En gång i veckan eller mer sällan	4	Inte alls	5	<input type="text"/>
-------------------------------	---	-----------------------------	---	--------------------------------	---	-----------------------------------	---	-----------	---	----------------------

Hur skulle du bedöma din **astmakontroll** under de **senaste fyra veckorna**?

Fråga 5

Inte alls kontrollerad	1	Dåligt kontrollerad	2	Till viss del kontrollerad	3	Väl kontrollerad	4	Helt kontrollerad	5	<input type="text"/>
------------------------	---	---------------------	---	----------------------------	---	------------------	---	-------------------	---	----------------------

Kryssa under varje rubrik bara i EN ruta som bäst beskriver din hälsa IDAG.

RÖRLIGHET

- Jag har inga svårigheter med att gå omkring
- Jag har lite svårigheter med att gå omkring
- Jag har måttliga svårigheter med att gå omkring
- Jag har stora svårigheter med att gå omkring
- Jag kan inte gå omkring

PERSONLIG VÅRD

- Jag har inga svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har lite svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har måttliga svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har stora svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag kan inte tvätta mig eller klä mig

VANLIGA AKTIVITETER (t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- eller fritidsaktiviteter)

- Jag har inga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har lite svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har måttliga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har stora svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag kan inte utföra mina vanliga aktiviteter

SMÄRTOR/BESVÄR

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har lätta smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär
- Jag har extrema smärtor eller besvär

ORO/NEDSTÄMDHET

- Jag är varken orolig eller nedstämd
- Jag är lite orolig eller nedstämd
- Jag är ganska orolig eller nedstämd
- Jag är mycket orolig eller nedstämd
- Jag är extremt orolig eller nedstämd

- Vi vill veta hur bra eller dålig din hälsa är IDAG.
- Den här skalan är numrerad från 0 till 100.
- 100 är den bästa hälsa du kan tänka dig.
0 är den sämsta hälsa du kan tänka dig.
- Sätt ett X på skalan för att visa hur din hälsa är IDAG.
- Skriv nu i rutan nedan det nummer du har markerat på skalan.

DIN HÄLSA IDAG =

