

Vivez-vous bien
avec votre asthme?

Évaluez votre
score d'asthme

Score total de 20 ou plus

Vous avez probablement **BIEN CONTRÔLÉ**
votre asthme ces 4 dernières semaines.

Score total de 19 ou moins

Vous n'avez probablement **PAS CONTRÔLÉ** votre asthme
ces 4 dernières semaines. Votre médecin peut vous
recommander un plan d'action pour vous aider à
améliorer le contrôle de votre asthme.

**DISCUTEZ
DE VOTRE SCORE
AVEC VOTRE MÉDECIN.**

TAIN2007RESP38

Éditeur responsable: GlaxoSmithKline, Rue du Tilleul 13, 1332 Genval

Prochain rendez-vous
avec votre médecin :

Date :

Heure :



Évaluez
le niveau de
contrôle de
votre **asthme**

Test de
**Contrôle de
l'Asthme (ACT™)**

Pour des informations supplémentaires concernant l'asthme et l'ACT™ :

www.asthmacontroltest.com

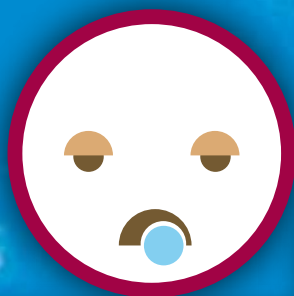
Avec le support de :



Belgium / French
© 2002, by QualityMetric Incorporated.
Asthma Control Test is a trademark of
QualityMetric Incorporated.

Test de Contrôle de l'Asthme (ACT™)

Vous avez plus de 12 ans et souffrez d'**asthme** ? Dans ce cas, vérifiez à l'aide de ce test (ACT™) le niveau de contrôle de votre **asthme de ces 4 dernières semaines**. En répondant à 5 questions très simples et en additionnant les scores correspondant à chacune de vos réponses, vous découvrirez le niveau de contrôle de votre asthme.*



Évaluez le niveau de contrôle de votre **asthme**

ETAPE 1 ENTOUREZ VOTRE SCORE POUR CHAQUE QUESTION ET ÉCRIVEZ CE CHIFFRE DANS LA CASE À DROITE.

Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il empêché(e) de faire vos activités au travail, à l'école/université ou chez vous ? **SCORE**

Tout le temps 1	La plupart du temps 2	Quelques fois 3	Rarement 4	Jamais 5	<input type="text"/>
------------------------	------------------------------	------------------------	-------------------	-----------------	----------------------

Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été essoufflé(e) ? **SCORE**

Plus d'1 fois par jour 1	1 fois par jour 2	3 à 6 fois par semaine 3	1 ou 2 fois par semaine 4	Jamais 5	<input type="text"/>
---------------------------------	--------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----------------	----------------------

Au cours des 4 dernières semaines, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ? **SCORE**

4 nuits ou plus par semaine 1	2 à 3 nuits par semaine 2	1 nuit par semaine 3	Juste 1 ou 2 fois 4	Jamais 5	<input type="text"/>
--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------	----------------------

Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous utilisé votre inhalateur/aérosol-doseur de secours ? **SCORE**

3 fois par jour ou plus 1	1 ou 2 fois par jour 2	2 ou 3 fois par semaine 3	1 fois par semaine ou moins 4	Jamais 5	<input type="text"/>
----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	-----------------	----------------------

Comment évalueriez-vous votre maîtrise de l'asthme au cours des 4 dernières semaines ? **SCORE**

Pas maîtrisé du tout 1	Très peu maîtrisé 2	Un peu maîtrisé 3	Bien maîtrisé 4	Totalement maîtrisé 5	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------------	--------------------------	------------------------	------------------------------	----------------------

ETAPE 2 ADDITIONNEZ VOS SCORES POUR OBTENIR VOTRE TOTAL.

ETAPE 3 TOURNEZ LA FEUILLE POUR DÉCOUVRIR À QUOI CORRESPOND VOTRE SCORE TOTAL.

TOTAL

* Ce test est un moyen de suivi du contrôle de l'asthme et n'est pas approprié pour le diagnostic de l'asthme.