

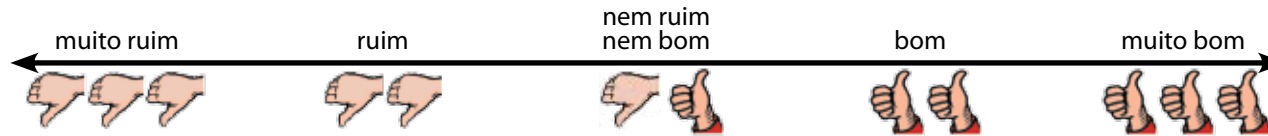
# Minha asma?

Nome \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_

Data de hoje \_\_\_\_\_

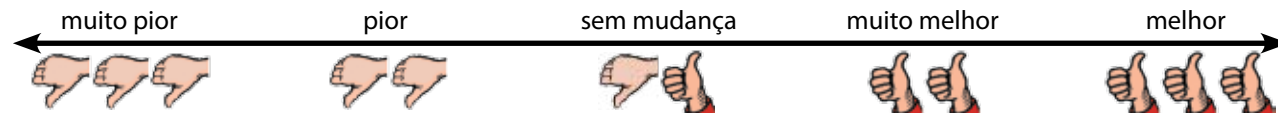
Avalie o controle de sua asma fazendo um **círculo** nas opções abaixo.



## Nas últimas 4 semanas:



1. Quantos dias você faltou à escola ou trabalho por causa de sua asma? \_\_\_\_\_ dias
2. Quantos dias você não pôde brincar, jogar, fazer exercícios ou realizar atividades diárias por causa de sua asma? \_\_\_\_\_ dias
3. Em quantas noites seu sono foi interrompido por causa de sua asma? \_\_\_\_\_ noites
4. Quantos dias você usou sua medicação de alívio imediato? \_\_\_\_\_ dias
5. Como sua asma mudou nas últimas quatro semanas?



## Medicações de alívio imediato:



Albuterol Proventil ProAir Ventolin Maxair Xopenex



Nebulizer Medications

