

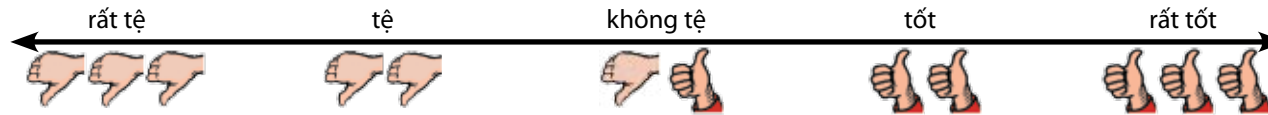
Bệnh suyễn của tôi thế nào?

Tên _____

Ngày sinh _____

Ngày hôm nay _____

Đánh giá việc kiểm soát bệnh suyễn của bạn bằng cách khoanh tròn các lựa chọn dưới đây.



Trong 4 tuần qua:



1. Có bao nhiêu ngày bạn phải nghỉ học hoặc nghỉ làm vì suyễn? _____ ngày
2. Có bao nhiêu ngày bệnh suyễn khiến bạn không chơi, tập thể dục, hoặc làm những hoạt động thường ngày? _____ ngày
3. Có bao nhiêu đêm suyễn khiến bạn không ngủ được? _____ đêm
4. Có bao nhiêu ngày bạn sử dụng thuốc chống suyễn nhanh? _____ ngày
5. Bệnh suyễn của bạn đã thay đổi như thế nào trong bốn tuần qua?



Thuốc chống suyễn nhanh:



Albuterol Proventil ProAir Ventolin Maxair Xopenex



thuốc dạng bơm xịt (nebulizer medications)