

Allegato 2. Check-List per pazienti con sospetto di Asma Grave

Voce	Sì	No	Sede	Azione
TRIAGE & INVIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ACT <20 o ACQ \geq 1.5 ultimi 3 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I-II-III livello	Invio a II o III livello
\geq 2 riacutizzazioni/anno o \geq 1 accesso PS/anno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I-II-III livello	Invio a II o III livello
OCS \geq 2 cicli/anno per 6 mesi cumulativi o OCS in cronico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I-II-III livello	Invio a II o III livello
\geq 2 ricoveri per asma/Anno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I-II-III livello	Invio a II o III livello
Episodio Near-Fatal-Asthma (rianimazione/semiintensiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I-II-III livello	Invio a II o III livello



ACT TEST

1° passo

Per ciascuna domanda cerchiare attorno al numero che corrisponde alla risposta e scrivere il numero nella casella a destra.

Domanda 1

Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso l'asma ti ha impedito di fare tutto ciò che avresti fatto di solito al lavoro, a scuola/università o a casa?

Sempre	1	Molto spesso	2	A volte	3	Raramente	4	Mai	5
--------	----------	--------------	----------	---------	----------	-----------	----------	-----	----------

PUNTI

↓

Domanda 2

Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso hai avuto il fiato corto?

Più di una volta al giorno	1	Una volta al giorno	2	Da 3 a 6 volte la settimana	3	Una o due volte la settimana	4	Mai	5
----------------------------	----------	---------------------	----------	-----------------------------	----------	------------------------------	----------	-----	----------

Domanda 3

Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso i sintomi dell'asma (fischio, tosse, fiato corto, costrizione o dolore al petto) ti hanno svegliato/a di notte o più presto del solito al mattino?

4 o più notti la settimana	1	Da 2 a 3 notti la settimana	2	Una volta la settimana	3	Una o due volte	4	Mai	5
----------------------------	----------	-----------------------------	----------	------------------------	----------	-----------------	----------	-----	----------

Domanda 4

Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso hai usato il farmaco di emergenza per inalazione o per aerosol (come Salbutamolo)?

3 o più volte al giorno	1	1 o 2 volte al giorno	2	2 o 3 volte la settimana	3	Una volta la settimana o meno	4	Mai	5
-------------------------	----------	-----------------------	----------	--------------------------	----------	-------------------------------	----------	-----	----------

Domanda 5

Nelle ultime 4 settimane, quanto credi di aver tenuto sotto controllo la tua asma?

PER NIENTE SOTTO CONTROLLO	1	Scarsamente sotto controllo	2	Abbastanza sotto controllo	3	Ben sotto controllo	4	Completamente sotto controllo	5
----------------------------	----------	-----------------------------	----------	----------------------------	----------	---------------------	----------	-------------------------------	----------

2° passo

Sommare i punti per ottenere il totale.

TOTALE

3° passo

Sotto il significato del punteggio.

Punteggio: 25
Complimenti!

Nelle ultime 4 settimane la tua asma è stata **COMPLETAMENTE SOTTO CONTROLLO**.^{1,3} Senza sintomi né limitazioni dovute all'asma.

Punteggio: da 20 a 24
Sei dentro il bersaglio

Nelle ultime 4 settimane probabilmente la tua asma è stata **BEN SOTTO CONTROLLO** ma non **COMPLETAMENTE SOTTO CONTROLLO**.

Punteggio: meno di 20
Sei fuori dal bersaglio

Nelle ultime 4 settimane probabilmente la tua asma **NON** è stata **SOTTO CONTROLLO**.²

* dai 12 anni in su

¹ Reference: Nathan R.A., Sorkness C.A., Kosinski M., Schatz M., Li J.T., Marcus P., Murray J.J., Pendergraft T.B. Development of the Asthma Control Test :A survey for assessing asthma control. J.Allergy Clin Immunol 2004; vol 113 number 1: 59-65.