



Med denna blankett samlar vi in uppgifter om Ert nuvarande hälsotillstånd och hur självkontrollen fungerat. Vi ber Er fylla i blanketten hemma och ta den med till mottagningen.

Namn	Personsignum	Datum
När har astman konstaterats?		
Vilken är Er regelbundna astmamedicinering?		
Vilken medicin använder Ni vid behov? (= luftrörsvidgande medicin)?		
Hur många kortisonpillerkurer har i fått under senaste år?		
Jag känner till min PEF-målnivå (eget bra PEF-vårdnivåvärde)	<input type="checkbox"/> Ja, min målnivå är	<input type="checkbox"/> Nej
Får Ni specialersättning för era astmamediciner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Kryssa det svarsalternativ som bäst beskriver Er situation.

PÅ VILKET SÄTT BESVÄRAR ASTMAN?	Inte alls	Ibland	1-3x per vecka	Dagligen
1. Har astman under den senaste månaden försvårat skötseln av ert arbete, skolgång och/eller Er vardag i hemmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Får Ni andnöd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har Ni störande slemavsöndring/upphostningar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ger fysisk aktivitet eller motion symtom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hur ofta tar Ni snabbt luftrörsvidgande medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Är situationen sämre under pollentider/i kyla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EGENVÅRDENS HANTERING?	Ja	Nej
1. Tar Ni er medicin regelbundet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag kan på basis av PEF-kontrollen reglera min astmamedicinering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag sköter min munhygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RÖKNING:	Ja	Nej
Har Ni någonsin rökt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Ni svarade Ja:

Vid vilken ålder började Ni?	
Om Ni röker, har ni försökt sluta?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vid vilken ålder slutade Ni?	<input type="checkbox"/> Jag har ännu inte slutat.
Jag röker/rökte dagligen _____ st cigaretter/cigarrer.	
Jag röker/rökte dagligen pipa/använde snus.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Hur bra är Er astma i balans?

Bra     Relativt bra     Dåligt

Tack för Ert svar!

Ta blanketten med till mottagningen och också bokföringen om självkontrollen (PEF), uppgifterna om medicineringen hemma och alla recept samt eventuella andra vårdenheters anteckningar i sjukjournalen samt inhalationsapparaterna.