

Asthma Control Test™ is:

- ▶ A quick test for people with asthma 12 years and older—it provides a numerical score to help assess asthma control.
- ▶ Recognized by the National Institutes of Health (NIH) in its 2007 asthma guidelines.¹
- ▶ Clinically validated against specialist assessment with spirometry.²

PATIENTS:

1. Write the number of each answer in the score box provided.
2. Add up the score boxes to get the TOTAL.
3. Discuss your results with your doctor.

1. In the past **4 weeks**, how much of the time did your **asthma** keep you from getting as much done at work, school or at home?

All of the time	1	Most of the time	2	Some of the time	3	A little of the time	4	None of the time	5
-----------------	---	------------------	---	------------------	---	----------------------	---	------------------	---

SCORE

2. During the past **4 weeks**, how often have you had shortness of breath?

More than once a day	1	Once a day	2	3 to 6 times a week	3	Once or twice a week	4	Not at all	5
----------------------	---	------------	---	---------------------	---	----------------------	---	------------	---

3. During the past **4 weeks**, how often did your **asthma** symptoms (wheezing, coughing, shortness of breath, chest tightness or pain) wake you up at night or earlier than usual in the morning?

4 or more nights a week	1	2 or 3 nights a week	2	Once a week	3	Once or twice	4	Not at all	5
-------------------------	---	----------------------	---	-------------	---	---------------	---	------------	---

4. During the past **4 weeks**, how often have you used your rescue inhaler or nebulizer medication (such as albuterol)?

3 or more times per day	1	1 or 2 times per day	2	2 or 3 times per week	3	Once a week or less	4	Not at all	5
-------------------------	---	----------------------	---	-----------------------	---	---------------------	---	------------	---

5. How would you rate your **asthma** control during the **past 4 weeks**?

Not controlled at all	1	Poorly controlled	2	Somewhat controlled	3	Well controlled	4	Completely controlled	5
-----------------------	---	-------------------	---	---------------------	---	-----------------	---	-----------------------	---

**If your score is 19 or less, your asthma may not be under control.
No matter what your score, share the results with the doctor.**

TOTAL

Copyright 2002, by QualityMetric Incorporated.
Asthma Control Test is a trademark of QualityMetric Incorporated.

HEALTHCARE PROVIDER:

- ▶ Include the Asthma Control Test™ score in your patient's chart to track asthma control.

References: 1. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. *Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma (EPR-3 2007)*. NIH Item No. 08-4051. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>. Accessed July 9, 2010. 2. Nathan RA et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113:59-65.



GlaxoSmithKline

This material was developed by GlaxoSmithKline.

Asthma Control Test™ (La Prueba de Control del Asma) es:

- ▶ Una prueba rápida para personas asmáticas de 12 años de edad en adelante que produce un resultado numérico para ayudar a evaluar el control del asma.
- ▶ Reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health - NIH) en sus directrices sobre el asma de 2007.¹
- ▶ Convalidada clínicamente en comparación con evaluaciones de especialistas con espirometría.²

PACIENTES:

1. Escriba el número de cada respuesta en el cuadro de puntaje que aparece a la derecha.
2. Sume los cuadros de puntajes para obtener el TOTAL.
3. Hable con su médico sobre sus resultados.

1. En las últimas **4 semanas**, ¿cuánto tiempo le ha impedido su **asma** hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa?

Siempre	1	La mayoría del tiempo	2	Algo del tiempo	3	Un poco del tiempo	4	Nunca	5
---------	---	-----------------------	---	-----------------	---	--------------------	---	-------	---

PUNTAJE

2. Durante las últimas **4 semanas**, ¿con qué frecuencia le ha faltado el aire?

Más de una vez al día	1	Una vez al día	2	De 3 a 6 veces por semana	3	Una o dos veces por semana	4	Nunca	5
-----------------------	---	----------------	---	---------------------------	---	----------------------------	---	-------	---

3. Durante las últimas **4 semanas**, ¿con qué frecuencia sus síntomas del **asma** (respiración sibilante o un silbido en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?

4 o más noches por semana	1	De 2 a 3 noches por semana	2	Una vez por semana	3	Una o dos veces	4	Nunca	5
---------------------------	---	----------------------------	---	--------------------	---	-----------------	---	-------	---

4. Durante las últimas **4 semanas**, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol)?

3 o más veces al día	1	1 ó 2 veces al día	2	2 ó 3 veces por semana	3	Una vez por semana o menos	4	Nunca	5
----------------------	---	--------------------	---	------------------------	---	----------------------------	---	-------	---

5. ¿Cómo evaluaría el control de su **asma** durante las últimas **4 semanas**?

No controlada en absoluto	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3	Bien controlada	4	Completamente controlada	5
---------------------------	---	----------------	---	-----------------	---	-----------------	---	--------------------------	---

Si obtuvo 19 puntos o menos, es probable que su asma no esté bajo control. Sin importar el puntaje obtenido, comparta los resultados con su médico.

TOTAL

Copyright 2002, QualityMetric Incorporated.

Asthma Control Test™ (La Prueba de Control del Asma) es una marca comercial de QualityMetric Incorporated.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

- ▶ Incluya el puntaje de la Prueba de Control del Asma en la historia clínica de su paciente para llevar un registro del control del asma.

Referencias: 1. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Institutos Nacionales de la Salud, Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre. *Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma (EPR-3 2007)*. Ítem de NIH No. 08-4051. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>. Consultado el 9 de julio de 2010. 2. Nathan RA y otros. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113:59-65.



GlaxoSmithKline

This material was developed by GlaxoSmithKline.