

Childhood Asthma Control Test for children 4 to 11 years.

How to take the Childhood Asthma Control Test

- ▶ **Step 1** Let your child respond to **the first four questions (1 to 4)**. If your child needs help reading or understanding the question, you may help, but let your child select the response. Complete the remaining **three questions (5 to 7)** on your own and without letting your child's response influence your answers. There are no right or wrong answers.
- ▶ **Step 2** Write the number of each answer in the score box provided.
- ▶ **Step 3** Add up each score box for the total.
- ▶ **Step 4** Take the test to the doctor to talk about your child's total score.

**19
or less**

If your child's score is 19 or less, it may be a sign that your child's asthma is not controlled as well as it could be. Bring this test to your doctor to talk about your results.

Have your child complete these questions.

1. How is your asthma today?

 0 Very bad	 1 Bad	 2 Good	 3 Very good
---	--	---	--

2. How much of a problem is your asthma when you run, exercise or play sports?

 0 It's a big problem, I can't do what I want to do.	 1 It's a problem and I don't like it.	 2 It's a little problem but it's okay.	 3 It's not a problem.
--	--	---	--

3. Do you cough because of your asthma?

 0 Yes, all of the time.	 1 Yes, most of the time.	 2 Yes, some of the time.	 3 No, none of the time.
--	---	---	--

4. Do you wake up during the night because of your asthma?

 0 Yes, all of the time.	 1 Yes, most of the time.	 2 Yes, some of the time.	 3 No, none of the time.
--	---	---	--

Please complete the following questions on your own.

5. During the last 4 weeks, how many days did your child have any daytime asthma symptoms?

5 Not at all	4 1-3 days	3 4-10 days	2 11-18 days	1 19-24 days	0 Everyday
------------------------	----------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	----------------------

6. During the last 4 weeks, how many days did your child wheeze during the day because of asthma?

5 Not at all	4 1-3 days	3 4-10 days	2 11-18 days	1 19-24 days	0 Everyday
------------------------	----------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	----------------------

7. During the last 4 weeks, how many days did your child wake up during the night because of asthma?

5 Not at all	4 1-3 days	3 4-10 days	2 11-18 days	1 19-24 days	0 Everyday
------------------------	----------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	----------------------

SCORE

TOTAL

Prueba de Control del Asma de la Infancia para niños de 4 a 11 años de edad

Cómo contestar la Prueba de Control del Asma de la Infancia

- Paso 1** Deje que su niño/a conteste las **primeras cuatro preguntas (de la 1 a la 4)**. Si su niño/a necesita ayuda para leer o entender alguna pregunta, usted lo/la puede ayudar pero deje que él/ella sea quien elija la respuesta. Conteste usted las **tres preguntas** restantes (**de la 5 a la 7**) y no permita que las respuestas de su niño/a afecten sus respuestas. No hay respuestas correctas o incorrectas.
- Paso 2** Anote el número correspondiente a cada respuesta en el cuadro de la derecha.
- Paso 3** Sume todos los puntos en los cuadros para obtener el total.
- Paso 4** Llévele la prueba a su doctor para hablar sobre el puntaje total de su niño/a.

19
puntos o
menos

Si su hijo/a obtuvo 19 puntos o menos, puede ser una señal de que su asma no está tan bien controlada como podría serlo. Lleve esta prueba a su doctor para hablar con él sobre los resultados.

Deje que su niño/a conteste estas preguntas.

1. ¿Cómo está tu asma hoy?

 0 Muy mal	 1 Mal	 2 Bien	 3 Muy bien
--	--	---	---

2. ¿Qué tan problemática es tu asma cuando corres, haces ejercicio o practicas algún deporte?

 0 Es un problema grande, no puedo hacer lo que quiero hacer.	 1 Es un problema y no me siento bien.	 2 Es un problema pequeño pero está bien.	 3 No es un problema.
---	--	---	---

3. ¿Tienes tos debido a tu asma?

 0 Sí, siempre.	 1 Sí, la mayoría del tiempo.	 2 Sí, algo del tiempo.	 3 No, nunca.
---	---	---	---

4. ¿Te despiertas durante la noche debido a tu asma?

 0 Sí, siempre.	 1 Sí, la mayoría del tiempo.	 2 Sí, algo del tiempo.	 3 No, nunca.
---	---	---	---

Por favor complete usted las siguientes preguntas.

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su niño/a síntomas de asma durante el día?

5 Nunca	4 De 1 a 3 días	3 De 4 a 10 días	2 De 11 a 18 días	1 De 19 a 24 días	0 Todos los días
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su niño/a respiración sibilante (un silbido en el pecho) durante el día debido al asma?

5 Nunca	4 De 1 a 3 días	3 De 4 a 10 días	2 De 11 a 18 días	1 De 19 a 24 días	0 Todos los días
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días se despertó su niño/a durante la noche debido al asma?

5 Nunca	4 De 1 a 3 días	3 De 4 a 10 días	2 De 11 a 18 días	1 De 19 a 24 días	0 Todos los días
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

PUNTAJE

TOTAL



GlaxoSmithKline

This material was developed by GlaxoSmithKline.