

Today's Date: \_\_\_\_\_

Patient's Name: \_\_\_\_\_

FOR PATIENTS:

## Take the Asthma Control Test™ (ACT) for people 12 yrs and older. Know your score. Share your results with your doctor.

Step 1 Write the number of each answer in the score box provided.

Step 2 Add the score boxes for your total.

Step 3 Take the test to the doctor to talk about your score.

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
-----------------	---	------------------	---	------------------	---	----------------------	---	------------------	---

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
-----------------------	---	-------------------	---	---------------------	---	-----------------	---	-----------------------	---

SCORE

TOTAL

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

**If your score is 19 or less, your asthma may not be controlled as well as it could be.  
Talk to your doctor.**

FOR PHYSICIANS:

### The ACT is:

- A simple, 5-question tool that is self-administered by the patient
- Clinically validated by specialist assessment and spirometry<sup>1</sup>
- Recognized by the National Institutes of Health

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del paciente: \_\_\_\_\_

PARA LOS PACIENTES:

## Tome la Prueba de Control del Asma (Asthma Control Test™ – ACT) para personas de 12 años de edad en adelante.

Averigüe su puntaje. Comparta sus resultados con su médico.

Paso 1 Anote el número correspondiente a cada respuesta en el cuadro de la derecha.

Paso 2 Sume todos los puntos en los cuadros para obtener el total.

Paso 3 Llévelo la prueba a su doctor para hablar sobre su puntaje total.

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
---------	---	-----------------------	---	-----------------	---	--------------------	---	-------	---

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

Más de una vez al día	1	Una vez por 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	2 ó 3 veces 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
----------------------------	---	----------------	---	-----------------	---	-----------------	---	--------------------------	---

Derechos de autor 2002, por QualityMetric Incorporated  
Asthma Control Test es una marca comercial de QualityMetric Incorporated.

PUNTAJE

TOTAL

**Si obtuvo 19 puntos o menos, es posible que su asma no esté tan bien controlada como podría. Hable con su médico.**

PARA LOS MÉDICOS:

### La Prueba ACT:

- Ha sido convalidada clínicamente por espirometría y evaluaciones de especialistas<sup>1</sup>
- Tiene el apoyo de la American Lung Association (Asociación Americana del Pulmón)
- Consiste en un breve cuestionario de 5 preguntas al que el paciente responde independientemente y que puede ayudarle al médico a evaluar el asma de sus pacientes durante las últimas 4 semanas.

Referencia: 1. Nathan RA et al. *J Allergy Clin Immunol.* 2004;113:59-65.