

Questionário GINA e Teste de Controle da Asma (ACT)

(Preenchimento obrigatório do questionário GINA ou do teste ACT)

Nome do paciente: _____	Data: ____/____/____
Médico responsável: _____	CRM: _____ UF: _____

Instrumento	Asma controlada	Asma parcialmente controlada	Asma não controlada
-------------	-----------------	------------------------------	---------------------

GINA			
Sintomas diurnos > 2 vezes por semana Sim() Não()	Nenhum destes itens	1 a 2 destes itens	3 a 4 destes itens
Despertares noturnos por asma Sim() Não()			
Medicamento de resgate > 2 vezes por semana Sim() Não()			
Limitação das atividades por asma Sim() Não()			

Teste de Controle da Asma - ACT			
() Limitação das atividades por asma - escore de 0 a 5	Escore ≥ 20	Escore 15 a 19	Escore ≤ 15
() Dispneia - escore de 0 a 5			
() Despertares noturnos por asma - escore de 0 a 5			
() Medicamento de resgate - escore de 0 a 5			
() Autoavaliação do controle da asma - escore de 0 a 5			

Assinatura e carimbo do médico