



## 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 $\geq$ 20	Escore 15 a 19	Escore $\leq$ 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