

---

---

---

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 <b>4 weeks</b> , how much of the time did your <b>asthma</b> 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<br><input type="text"/> |
| 2. During the past <b>4 weeks</b> , 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)            | <input type="text"/>          |
| 3. During the past <b>4 weeks</b> , how often did your <b>asthma</b> 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)            | <input type="text"/>          |
| 4. During the past <b>4 weeks</b> , 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)            | <input type="text"/>          |
| 5. How would you rate your <b>asthma</b> control during the <b>past 4 weeks</b> ?   | Not controlled at all (1)   | Poorly controlled (2)    | Somewhat controlled (3)   | Well controlled (4)      | Completely controlled (5) | <input type="text"/>          |
|   |                             |                          |                           |                          |                           | TOTAL<br><input type="text"/> |

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 |
|---------|---|-----------------------|---|-----------------|---|--------------------|---|-------|---|

PUNTAJE

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.

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.