

Name _____





Date _____

Childhood Asthma Control Test for Children 4 to 11 years





This test will provide a score that might help a doctor determine if your child's asthma treatment plan is working or if it might be time for a change.

Step 1. Child answers. Let your child answer 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. There are no right or wrong answers.





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.
---	---	--	--

Step 2. Parents answer. Parents, complete the remaining question (5 to 7) on your own without letting your child's responses influence your answers.

5. During the last 4 weeks, how many days did your child have any daytime asthma symptoms? (ex cough, chest tightness)

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

Step 3. Write the number of each answer in the score box to the right

Step 4. Add up each score box for the total score.

Step 5. Talk to you doctor about your child's total score.

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. Talk to your child's doctor about the results.

Score

Total

Nombre y apellido
del paciente: _____





Fecha de hoy: _____

Prueba de Control del Asma Para Niños/as de 4 a 11 años





Esta prueba le dará un puntaje que puede ayudar al médico a evaluar si el tratamiento para el asma de su niño/a está funcionando o si puede ser el momento adecuado para cambiarlo.

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 puede ayudar pero deje que él/ella sea quien elija la respuesta. No hay respuestas correctas o incorrectas.





1. ¿Cómo está tu asma hoy?

 0 Muy mala	 1 Mala	 2 Buena	 3 Muy buena
--	--	---	---





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

Paso 2. 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.

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

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

Paso 3. Escriba el número de cada respuesta en el cuadrado de puntaje que se encuentra a la derecha de cada pregunta.

Paso 4. Suma cada uno de los puntajes de los cuadrillos para obtener el total.

Paso 5. Enseñe la prueba a su médico para hablar sobre el puntaje total de su niño/a.

Si el puntaje de su niño/a es **19 o menos**, puede ser una señal de que el asma de su niño/a no está tan bien controlada como podría estar. Sin importar el resultado, lleve esta prueba a su médico para hablar sobre los resultados de su niño/a.

Puntaje

Total