

Trắc nghiệm Kiểm soát Bệnh hen suyễn

Thử nghiệm nhanh cung cấp điểm số để đánh giá việc kiểm soát bệnh hen suyễn.

Dành cho người lớn và trẻ em từ 12 tuổi trở lên.

BƯỚC 1 Trả lời từng câu hỏi và viết số của câu trả lời trong ô ĐIỂM ở bên phải mỗi câu hỏi.

BƯỚC 2 Cộng các câu trả lời và viết tổng số điểm vào ô TỔNG CỘNG bên dưới.

BƯỚC 3 Mang theo mẫu này đến lần hẹn khám tiếp theo và thảo luận kết quả với bác sĩ của quý vị.

**SAN FRANCISCO
HEALTH PLAN™**



Here for you

PROVIDERS:
See reverse for instructions.

1. Trong suốt 4 tuần qua, bao nhiêu lần bệnh hen suyễn ngăn quý vị làm việc, học tập hoặc hoạt động tại nhà?
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?

**ĐIỂM
SCORE**

1 Luôn luôn ALL OF THE TIME	2 Hầu hết thời gian MOST OF THE TIMES	3 Đôi khi SOME OF THE TIME	4 Vài lần A LITTLE OF THE TIME	5 Không lần nào NONE OF THE TIME	<input type="text"/>
---------------------------------------	---	--------------------------------------	--	--	----------------------

2. Trong suốt 4 tuần qua, bao nhiêu lần quý vị bị khó thở?
DURING THE PAST 4 WEEKS, HOW OFTEN HAVE YOU HAD SHORTNESS OF BREATH?

1 Hơn một lần/ngày MORE THAN ONCE A DAY	2 Một lần mỗi ngày ONCE A DAY	3 3 đến 6 lần/tuần 3 TO 6 TIMES A WEEK	4 1 hoặc 2 lần/tuần ONCE OR TWICE A WEEK	5 Không NOT AT ALL	<input type="text"/>
---	---	--	--	------------------------------	----------------------

3. Trong suốt 4 tuần qua, bao nhiêu lần các triệu chứng hen suyễn của quý vị (thở khò khè, ho, khó thở, tức hoặc đau ngực) làm quý vị thức giấc hoặc dậy sớm hơn bình thường vào buổi sáng?
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?

1 4 đêm trở lên/tuần 4 OR MORE NIGHTS A WEEK	2 2 hoặc 3 đêm/tuần 2 OR 3 NIGHTS A WEEK	3 1 lần/tuần ONCE A WEEK	4 1 hoặc 2 lần ONCE OR TWICE	5 Không NOT AT ALL	<input type="text"/>
--	--	------------------------------------	--	------------------------------	----------------------

4. Trong suốt 4 tuần qua, bao nhiêu lần quý vị sử dụng thuốc hít hoặc thuốc xịt giải cứu (như albuterol)?
DURING THE PAST 4 WEEKS, HOW OFTEN HAVE YOU USED YOUR RESCUE INHALER OR NEBULIZER MEDICATION (SUCH AS ALBUTEROL)?

1 3 lần trở lên/ngày 3 OR MORE TIMES PER DAY	2 1 hoặc 2 lần/ngày 1 OR 2 TIMES PER DAY	3 2 hoặc 3 lần/tuần 2 OR 3 TIMES PER WEEK	4 1 lần/tuần ONCE A WEEK	5 Không NOT AT ALL	<input type="text"/>
--	--	---	------------------------------------	------------------------------	----------------------

5. Quý vị đánh giá mức độ kiểm soát bệnh hen suyễn của mình như thế nào trong suốt 4 tuần qua?
HOW WOULD YOU RATE YOUR ASTHMA CONTROL DURING THE PAST 4 WEEKS?

1 Không kiểm soát được NOT CONTROLLED AT ALL	2 Kiểm soát kém POORLY CONTROLLED	3 Kiểm soát được phần nào SOMEWHAT CONTROLLED	4 Kiểm soát tốt WELL CONTROLLED	5 Kiểm soát hoàn toàn COMPLETELY CONTROLLED	<input type="text"/>
--	---	---	---	---	----------------------

Nếu điểm của quý vị từ 19 trở xuống, bệnh hen suyễn của quý vị có thể ở mức không kiểm soát được. Hãy nhớ thảo luận với bác sĩ về kết quả của quý vị.

**TỔNG CỘNG
TOTAL**

© 2002 QualityMetric Incorporated. Asthma Control Test is a trademark of QualityMetric Incorporated.

Gửi qua bưu điện mẫu đã điền và ký tên trong bao thư đính kèm đã ghi địa chỉ hoặc fax cho chúng tôi theo số 1(415) 615-4547.

Nhận
\$25
Thẻ Quà
tặng

Khi nhận được, chúng tôi sẽ gửi **phiếu quà tặng \$25** cho quý vị qua bưu điện. 4-6 tuần sau khi nhận được mẫu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi phiếu quà tặng cho quý vị. Quý vị chỉ có thể nhận được một phiếu quà tặng mỗi năm theo lịch cho tất cả các lần thử nghiệm của mình.

Tất cả các mẫu phải được bác sĩ của quý vị điền và ký tên.

Chọn một:



MEMBER INFORMATION

Tên Hội viên: _____

Địa chỉ Đường phố: _____

Thành phố, Tiểu bang, Zip: _____

Số ID của SFHP: _____

PRIMARY CARE PROVIDER INFORMATION

Provider Name: _____

Clinic Name: _____

Street Address: _____

City, State, Zip: _____

Provider Phone: _____

X _____

PROVIDER SIGNATURE

DATE

Asthma Control Test

A quick test that provides a numerical score to assess asthma control. **For adults and children 12 years or older.**

STEP 1: Answer each question and write the answer number in the SCORE box to the right of each question.

STEP 2: Add your answers and write your total score in the TOTAL box shown below.

STEP 3: Take this test form to your next appointment and discuss your results with your provider.

If your score is 19 or less, your asthma may not be under control. Be sure to talk with your provider about your results.