Asthma Control Test - Gujarati

તમે ડૉક્ટર / નર્સ જોવા પહેલાં નીચેના પ્રશ્નો પૂર્ણ કરો
દરેક પ્રશ્ન ધ્યાનથી વાંચો અને દરેક પ્રશ્ન માટે એક જવાબ પસંદ

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | છેલ્લા 4 અઠવાડિયા દરમિયાન, કેટલી વાર તમારા અસ્થમાને તમારા બાળક તરીકે ખૂબ શાળા અથવા ઘર પર કરવામાં રહેલી અટકાવવા કર્યું? |
| તમામ સમય | તો મોટા ભાગના વખતે | તે સમયના કેટલાક | તે સમયના થોડું | તે સમયના કોઈ નહીં |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | છેલ્લા 4 અઠવાડિયા દરમિયાન, કેટલી વાર તમારા બાળક હાંફ ચઢવી ધરાવે? |
| એક દિવસ એક કરતા વધુ વખત | દિવસમાં એકવાર | સપ્તાહ દીઠ 3-6 વખત | સપ્તાહ દીઠ 1-2 વખત | બધા |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | (હાંફ ટૂંકા છટકબારી, ઉધરસ, છતી ભારે થવી,) તેમના અસ્થમા લક્ષણો તેમને રાત્રે અથવા વહેલી સવારે જાગે છેલ્લા 4 અઠવાડિયા દરમિયાન, કેટલી વાર હતી? |
| સપ્તાહ દીઠ 4 અથવા વધુ વખત | સપ્તાહ દીઠ 2-3 રાત | સપ્તાહ દીઠ એક વખત | એક કે બે વાર | બધા |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | છેલ્લા 4 અઠવાડિયા દરમિયાન, કેટલી વાર તેઓ તેમના વાદળી ઇન્હેલર વાપરવા હતી છે? |
| દિવસ દીઠ 3 અથવા વધુ વખત | દિવસ દીઠ 1-2 વખત | સપ્તાહ દીઠ 2-3 વખત | સપ્તાહ કે ઓછા દીઠ એક વખત | બધા |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | તમે કેવી રીતે ભૂતકાળમાં 4 અઠવાડિયા દરમિયાન તેમના અસ્થમા નિયંત્રણ રેટ છો? |
| નિયંત્રિત નથી | નબળી નિયંત્રિત | કંઈક અંશે નિયંત્રિત | સાથે સાથે નિયંત્રિત | સંપૂર્ણપણે નિયંત્રિત |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | TOTAL |  |