

# Asthma Control Test™ is:

- ▶ A test for people with asthma 12 years and older—it provides a numerical score to help assess asthma control.
- ▶ Recognized by the National Institutes of Health (NIH) in its 2007 asthma guidelines.<sup>1</sup>
- ▶ Clinically validated against specialist assessment with spirometry.<sup>2</sup>

**PATIENTS:** 1. Write the number of each answer in the score box provided.  
 2. Add up the score boxes to get the TOTAL.  
 3. Discuss your results with your healthcare provider.

1. 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?

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

2. During the past 4 weeks, 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
----------------------	---	------------	---	---------------------	---	----------------------	---	------------	---

3. 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?

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

4. During the past 4 weeks, 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
-------------------------	---	----------------------	---	-----------------------	---	---------------------	---	------------	---

5. How would you rate your asthma control during the past 4 weeks?

Not controlled at all	1	Poorly controlled	2	Somewhat controlled	3	Well controlled	4	Completely controlled	5
-----------------------	---	-------------------	---	---------------------	---	-----------------	---	-----------------------	---

**If your score is 19 or less, your asthma may not be as well controlled as it could be. No matter what your score, share the results with your healthcare provider.**

TOTAL

NOTE: If your score is 15 or less, this may be an indication that your asthma is very poorly controlled. Please contact your healthcare provider right away if this is the case.

## HEALTHCARE PROVIDER:

- ▶ Include the Asthma Control Test™ score in your patient's chart to track asthma control.

Copyright 2002, by QualityMetric Incorporated.  
 Asthma Control Test is a trademark of QualityMetric Incorporated.

References: 1. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. *Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma (EPR-3 2007)*. NIH Item No. 08-4051. <http://www.nlm.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>. Accessed March 31, 2017. 2. Nathan RA et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113:59-65.

This material was developed by GSK.



©2017 GSK group of companies.  
 All rights reserved. Printed in USA. 818452R0 April 2017

# La prueba Asthma Control Test™ :

- ▶ Es una prueba para personas con asma a partir de los 12 años de edad. Proporciona una puntuación numérica que sirve para evaluar el control del asma.
- ▶ Es reconocida por los Institutos Nacionales de Salud (NIH) en sus pautas de asma de 2007.<sup>1</sup>
- ▶ Ha sido validada clínicamente con respecto a la evaluación de especialistas mediante espirometría.<sup>2</sup>

**PACIENTE:**

1. Escriba el número de cada respuesta en la casilla de puntuación proporcionada.
2. Sume las casillas de puntuación para obtener el TOTAL.
3. Hable acerca de los resultados con su proveedor de servicios de salud.

1. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo el asma le impidió hacer todo lo que quería en el trabajo, la escuela o el hogar?

Todo el tiempo	1	La mayor parte del tiempo	2	Parte del tiempo	3	Muy poco tiempo	4	En ningún momento	5
----------------	---	---------------------------	---	------------------	---	-----------------	---	-------------------	---

**PUNTUACIÓN**

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó dificultad respiratoria?

Más de una vez al día	1	Una vez por día	2	Tres a seis veces por semana	3	Una o dos veces por semana	4	En ningún momento	5
-----------------------	---	-----------------	---	------------------------------	---	----------------------------	---	-------------------	---

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de asma (sibilancia, tos, dificultad respiratoria, opresión o dolor en el pecho) lo despertaron en la noche o más temprano de lo habitual por la mañana?

Cuatro noches o más por semana	1	Dos o tres noches por semana	2	Una vez por semana	3	Una o dos veces	4	En ningún momento	5
--------------------------------	---	------------------------------	---	--------------------	---	-----------------	---	-------------------	---

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha usado el inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (tal como albuterol)?

Tres veces o más por día	1	Una o dos veces por día	2	Dos o tres veces por semana	3	Una vez por semana o menos	4	En ningún momento	5
--------------------------	---	-------------------------	---	-----------------------------	---	----------------------------	---	-------------------	---

5. ¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Sin ningún control	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3	Bien controlada	4	Completamente controlada	5
--------------------	---	----------------	---	-----------------	---	-----------------	---	--------------------------	---

**Si su puntuación es 19 o menos, es posible que su asma no esté tan controlada como debería. Independientemente de la puntuación obtenida, comparta los resultados con su proveedor de servicios de salud.**

**TOTAL**

NOTA: Si su puntuación es 15 o menos, es posible que sea un indicio de que su asma esté muy mal controlada. Si este fuera el caso, comuníquese con su proveedor de servicios de salud de inmediato.

## PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD:

- ▶ Incluya la puntuación de la prueba Asthma Control Test™ en la historia clínica de su paciente para llevar un seguimiento de su control del asma.

Copyright 2002, de QualityMetric Incorporated. Asthma Control Test es una marca comercial de QualityMetric Incorporated.

**Referencias:** 1. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. *Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma (EPR-3 2007)*. NIH Item No. 08-4051. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>. Con acceso el 31 de marzo de 2017. 2. Nathan RA et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113:59-65.

GSK desarrolló este material.



©2017 GSK group of companies.  
All rights reserved. Printed in USA. 818452R0\_SPAN April 2017