

Le test de 30 secondes sur l'asthme®

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Utilisez-vous votre médicament de soulagement à action rapide (en inhalateur) 4 fois par semaine ou plus?
(incluant les doses que vous prenez pour l'exercice) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Toussez-vous ou souffrez-vous d'une respiration sifflante ou de serrements de poitrine à cause de votre asthme?
(4 jours par semaine ou plus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vous réveillez-vous pendant la nuit à cause de la toux, de la respiration sifflante ou d'un serrement de poitrine?
(1 fois par semaine ou plus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Limitez-vous ou évitez-vous les activités physiques à cause de votre asthme?
(au cours des 3 derniers mois) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Votre asthme vous oblige-t-il à vous absenter de l'école ou du travail, ou à vous abstenir de prendre part à des activités sociales?
(au cours des 3 derniers mois) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu par l'affirmative, ne serait-ce qu'une fois, c'est que votre asthme n'est pas bien maîtrisé. Consultez votre médecin.

Une initiative de  GlaxoSmithKline