

Astman hoidon seuranta

Nimi: _____

Hoitotiimi: _____

Henkilötunnus: _____

Hoitaja/lääkäri: _____

Toimita astman hoidonseurantalomake vuosittain ja pyydetessä omaan hoitotiimiisi. Täytä lomake huolellisesti ohjeiden mukaan. Antamasi tiedot auttavat hoitotiimiä arvioimaan astman hallintaa ja lääkehoitoa.

Seurantalomakkeen ensimmäisessä osassa arvioidaan astman mahdollisia pahenemisvaiheita viimeisen 6 kuukauden ajalta ja toisessa osassa astman hoitotasapainoa viimeisen 4 viikon ajalta.

Sinuun ollaan yhteydessä, kun ammattilainen on arvioinut tilanteesi ja tehnyt jatkosuunnitelman hoidostasi.

1. Kysely pahenemisvaiheista

Onko sinulla ollut viimeisen 6 kuukauden sisällä merkittäviä oireita esimerkiksi hengenahdistus, uloshengityksen vaikeutuminen, painon/tiukkuuden tunne rintakehällä, yskä, liman erityys ja yöoireiden lisääntyminen?

Kyllä Ei

Onko sinulla ollut viimeisen 6 kuukauden sisällä päivystys- tai kiirevastaanottokäynti astman vuoksi?

Kyllä Ei

Onko avaavan oirelääkkeen kulutus ollut yli 300 annosta/vuosi tai lisääntynyt merkittävästi aiempaan verrattuna?

Kyllä Ei 

2. Astmatesti

Tämä testi on tarkoitettu yli 12-vuotiaille astmaa sairastaville. Testin avulla voidaan arvioida, miten astma on hallinnassa.

Vaihe 1: Ympyröi jokaisesta kysymyksestä sopivan vaihtoehdon pistemäärä. Kysymyksiä on kaikkiaan viisi.

Vaihe 2: Astmanhallintatestin tuloksen saat laskemalla yhteen ympyröidyt pisteet. Keskustele tuloksestasi lääkärin tai hoitajan kanssa.

Vaihe 3: Näet alta, mitä pistemääräsi tarkoittaa.

Kysymys 1: Kuinka usein astmasi esti sinua toimimasta normaalisti työssä, koulussa tai kotona viimeisten 4 viikon aikana?					Pistemäärä					
Koko ajan	①	Usein	②	Ajoittain	③	Harvoin	④	Ei kertaakaan	⑤	
Kysymys 2: Kuinka usein sinulla on ollut hengenahdistusta viimeisten 4 viikon aikana?										
Useammin kuin kerran/pv	①	Kerran päivässä	②	3–6 kertaa viikossa	③	Kerran tai kaksi/vk	④	Ei kertaakaan	⑤	
Kysymys 3: Kuinka usein heräsit astman oireisiisi (hengityksen vinkuminen, yskiminen, hengenahdistus, puristava tunne tai kipu rintakehällä) yöllä tai aikaisin aamulla viimeisten 4 viikon aikana?										
4 kertaa/vk tai useammin	①	2–3 yönä viikossa	②	Kerran viikossa	③	Kerran tai kaksi	④	Ei kertaakaan	⑤	
Kysymys 4: Kuinka usein olet käyttänyt nopeasti vaikuttavaa sisään hengitettävää lääkettä (esim. Airomir®, Bricanyl®, Buventol® tai Ventoline®) viimeisten 4 viikon aikana?										
3 kertaa/pv tai useammin	①	1 tai 2 kertaa/pv	②	2 tai 3 kertaa/vk	③	Kerran viikossa tai harvemmin	④	Ei kertaakaan	⑤	
Kysymys 5: Kuinka itse arvioisit astman hallintaasi viimeisten 4 viikon aikana?										
Ei ollenkaan hallinnassa	①	Huonosti hallinnassa	②	Jokseenkin hallinnassa	③	Hyvin hallinnassa	④	Täysin hallinnassa	⑤	
Yhteensä										
<p>Yhteispistemäärä: 25 – Onneksi olkoon! Astmasi on TÄYDELLISESTI HALLINNASSA. Sinulla ei ole oireita eikä astmaan liittyviä rajoitteita. Käy lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolla, jos tilanne muuttuu.</p>										
<p>Yhteispistemäärä: 20–24 – Lähes napakymppi Vaikka astmasi on HYVIN hallinnassa, se ei kuitenkaan ole TÄYSIN HALLINNASSA. Lääkäri tai hoitaja auttaa sinua pyrkimään TÄYDELLISEEN ASTMAN HALLINTAAN. Keskustele asiasta lääkärisi kanssa.</p>										
<p>Yhteispistemäärä: alle 20 Luultavasti astmasi EI OLE HALLINNASSA. Lääkäri tai hoitaja auttaa sinua pyrkimään parempaan astman hallintaan. Ota yhteys lääkäriisi.</p>										