

## LE SCHEDE - IL DIARIO GIORNALIERO

**Scheda per un bambino di età superiore ai 6 anni o, comunque, in grado di eseguire da solo PEF e spirometria.**

Tieni un diario giornaliero. Fatti aiutare dai tuoi genitori a compilarlo e portarlo al tuo medico quando vai per le visite di controllo.

Ogni giorno segnerai le medicine che hai preso e se hai avuto dei sintomi, come la tosse o il sibilo. Se vuoi, puoi prescrivere anche tutte le cose che ti sembrano importanti che ti hanno colpito.

Nome: \_\_\_\_\_

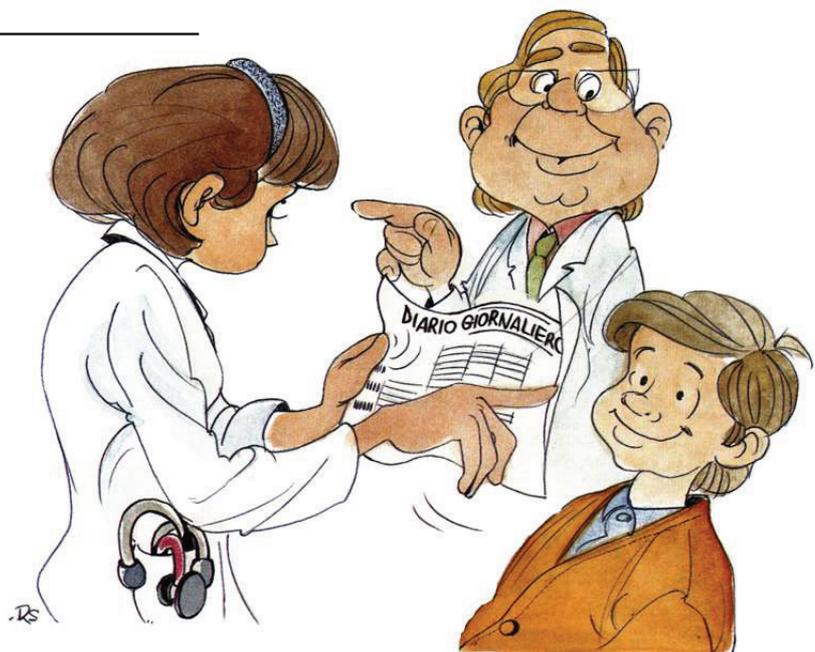
Cognome: \_\_\_\_\_

Età: \_\_\_\_\_

Il mio valore ideale di picco di flusso è:

\_\_\_\_\_

MESE: \_\_\_\_\_



### LEGENDA

**I- La sera: per quanto tempo durante il giorno hai avuto problemi di respiro?**

- |        |                |                |
|--------|----------------|----------------|
| 0 Mai  | 2 Alcune volte | 4 Quasi sempre |
| 1 Poco | 3 Molte volte  | 5 Sempre       |

**II- Quanto ti ha infastidito oggi l'asma?**

- |        |                     |              |
|--------|---------------------|--------------|
| 0 Mai  | 2 Qualche volta     | 4 Molto      |
| 1 Poco | 3 Abbastanza spesso | 5 Tantissimo |

**III- Quanto tempo oggi l'asma ha limitato le tue attività (casa, gioco, sport, scuola, etc.)?**

- |        |               |                |
|--------|---------------|----------------|
| 0 Mai  | 2 Un po'      | 4 Quasi sempre |
| 1 Poco | 3 Molto tempo | 5 Sempre       |

**IV- Al mattino: quanto tempo sei stato sveglio per l'asma durante la notte?**

- |        |                   |                  |
|--------|-------------------|------------------|
| 0 Mai  | 2 Due o tre volte | 4 Quasi sempre   |
| 1 Poco | 3 Molte volte     | 5 Tutta la notte |

## LE SCHEDE - IL DIARIO GIORNALIERO (segue pag. 2)

Inserisci i valori (da 0 a 5) ogni giorno		Problemi di respiro durante il sonno <sup>I</sup>	Gravità disturbi asma <sup>II</sup>	Asma <sup>III</sup> /limitazione attività del giorno	Asma <sup>IV</sup> /limitazione ore di sonno
SETTIMANA 1	LUNEDI				
	MARTEDI				
	MERCOLEDI				
	GIOVEDI				
	VENERDI				
	SABATO				
	DOMENICA				
SETTIMANA 2	LUNEDI				
	MARTEDI				
	MERCOLEDI				
	GIOVEDI				
	VENERDI				
	SABATO				
	DOMENICA				
SETTIMANA 3	LUNEDI				
	MARTEDI				
	MERCOLEDI				
	GIOVEDI				
	VENERDI				
	SABATO				
	DOMENICA				
SETTIMANA 4	LUNEDI				
	MARTEDI				
	MERCOLEDI				
	GIOVEDI				
	VENERDI				
	SABATO				
	DOMENICA				

## LE SCHEDE - IL DIARIO GIORNALIERO (segue pag. 3)

### Bilancio mensile

A cura del medico. Riepilogo dell'andamento delle 4 settimane (diario giornaliero e valore di picco di flusso)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Età: \_\_\_\_\_

Codice Paziente:

MESE: \_\_\_\_\_

	I settimana	II settimana	III settimana	IV settimana
PICCO DI FLUSSO				
RESPIRO/SONNO				
DISTURBI ASMA				
ASMA/ATTIVITÀ				
ASMA/ORE DI SONNO				

Note:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---