

Informe diario para registrar los síntomas del asma infantil ©

Instrucciones: Por favor utilice este diario para escribir en él los síntomas de asma que note en su hijo(a) durante las últimas 24 horas.

Llene este diario CADA NOCHE desde que note EL PRIMER SÍNTOMA DE UN RESFRÍO, es decir, desde que note que su nariz tiene mocosidad o está congestionada, o si tiene dolor de garganta o de oído o fiebre, HASTA QUE SU HIJO(A) TENGA DOS DÍAS SIN TOS, SILBIDO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR.

Puesto que estos síntomas pueden variar durante el día, por favor responda a CADA pregunta marcando únicamente el círculo QUE MEJOR CORRESPONDA a sus OBSERVACIONES en su hijo durante las últimas 24 horas.

Fecha: __ __ / __ __ / __ __ __ __ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> D D M M A A A A </div>														
Indique CON QUÉ FRECUENCIA su hijo(a) ha sufrido cada uno de los siguientes síntomas en las últimas 24 horas:														
	Nunca		La mitad del tiempo			Todo el tiempo		No sé						
	1	2	3	4	5	6	7	8						
Tos	<input type="radio"/>													
Sibilancias / Respiración de silbido	<input type="radio"/>													
Respiración fuerte / ruidosa	<input type="radio"/>													
Respiración rápida	<input type="radio"/>													
Falta de aliento	<input type="radio"/>													
El estómago se proyecta hacia afuera al respirar	<input type="radio"/>													
Tensión en la piel de la nuca/garganta	<input type="radio"/>													
Indique el GRADO en que cada síntoma resultó ser un PROBLEMA durante las últimas 24 horas:														
	Nunca		Moderado			Extremo		No sé						
	1	2	3	4	5	6	7	8						
Tos	<input type="radio"/>													
Sueño perturbado por la tos, la sibilancia o por dificultad para respirar	<input type="radio"/>													
Disminución del nivel de energía	<input type="radio"/>													
No quiere moverse (p.ej. quiere que lo carguen)	<input type="radio"/>													
Pérdida de apetito	<input type="radio"/>													
Requiere mayor atención y/o cuidado	<input type="radio"/>													
Irritabilidad / mal humor / carácter difícil	<input type="radio"/>													
No responde tan bien como siempre al Ventolin	<input type="radio"/>													
No responde tan rápido como siempre al Ventolin	<input type="radio"/>													
El efecto del Ventolin no dura tanto como siempre	<input type="radio"/>													
¿Ha notado una mejora o un agravamiento del asma en su hijo(a) durante las últimas 24 horas? (Sólo marque un número, con un círculo)														
-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7
Empeoró mucho		Empeoró medianamente			Empeoró un poco		SIN CAMBIOS	Mejóro un poco		Mejóro medianamente			Mejóro mucho	