

Nom du patient :	Prénom du patient :	Âge :	Taille : ____ cm	Poids : ____ kg
			IMC :	
Date : ____ / ____ / ____	Interlocuteur :		Rendez-vous pharmaceutique n° :	

Le questionnaire ACT (Asthma Control Test) est un questionnaire d'évaluation du niveau de contrôle de l'asthme chez le patient asthmatique. Ce test fait référence chez les spécialistes en pneumologie. Le patient doit répondre aux questions avec la plus grande sincérité possible.

**Il est à utiliser chez le patient âgé de 12 ans et plus.**

Le pourcentage de patients dont l'asthme est contrôlé varie entre 17% et 35%. La majeure partie des patients présente un asthme partiellement contrôlé (environ 50%) tandis que les patients non contrôlés oscillent entre 15 et 35%.

Le pharmacien entoure la réponse du patient dans le tableau et inscrit le chiffre correspondant dans la case « points ». Les points sont ensuite additionnés et le résultat interprété de la façon suivante :

- **Score 20 – 25 : asthme bien contrôlé.**
- **Score 15 – 19 : asthme partiellement contrôlé.**
- **Score < 15 : asthme non contrôlé**

Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il gêné(e) dans vos activités (au travail, à l'école/université ou chez vous) ?					
Tout le temps <b>1</b>	La plupart du temps <b>2</b>	Quelque fois <b>3</b>	Rarement <b>4</b>	Jamais <b>5</b>	<b>POINTS</b>
Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été essoufflé(e)...					
Plus d'une fois par jour <b>1</b>	Une fois par jour <b>2</b>	3 à 6 fois par semaine <b>3</b>	1 à 2 fois par semaine <b>4</b>	Jamais <b>5</b>	<b>POINTS</b>
Au cours des 4 dernières semaines, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine...) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?					
4 nuits ou plus par semaine <b>1</b>	2 à 3 nuits par semaine <b>2</b>	1 nuit par semaine <b>3</b>	1 ou 2 fois en tout <b>4</b>	Jamais <b>5</b>	<b>POINTS</b>
Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple Ventoline® ou Bricanyl®) ?					
3 fois par jour ou plus <b>1</b>	1 à 2 fois par jour <b>2</b>	2 à 3 fois par semaine <b>3</b>	1 fois / semaine ou mois <b>4</b>	Jamais <b>5</b>	<b>POINTS</b>
Comment évaluez-vous votre asthme au cours des 4 dernières semaines ?					
Pas contrôlé du tout <b>1</b>	Très peu contrôlé <b>2</b>	Un peu contrôlé <b>3</b>	Bien contrôlé <b>4</b>	Totalement contrôlé <b>5</b>	<b>POINTS</b>
<b>Score total :</b>					

**Résultat :** le patient a obtenu un score de \_\_\_\_ . Il est donc considéré comme étant :

- Asthmatique bien contrôlé**     **Asthmatique partiellement contrôlé**     **Asthmatique non contrôlé**

Signature du pharmacien :