

Diario del Asma de

Nombre del Paciente

MODO DE EMPLEO

Complete las celdas de "Síntomas de asma" utilizando los números que se encuentran en el cuadro de referencia, debajo de la plantilla. Coloque el nombre de los medicamentos que toma y anote el número de veces al día que debe tomar dichos medicamentos.

Fecha	Disparadores (Causas)/Comentarios	Síntomas de Asma				Medicamentos					Puntajes diarios del flujo máximo pulmonar		
		Resuello Asmático	Tos	Actividad	Sueño						AM	PM	Otros horarios

Número del mejor flujo máximo pulmonar obtenido

80%=

50%=

Puntajes diarios del flujo máximo pulmonar

AM PM Otros horarios

RESUELLO ASMÁTICO	TOS	ACTIVIDAD	SUEÑO
Ninguno = 0	Ninguno = 0	Normal = 0	Bueno = 0
Ocasional = 1	Ocasional = 1	Puede correr una distancia corta = 1	Durmió bien, resuello asmático o tos leve = 1
Frecuente = 2	Frecuente = 2	Solo puede caminar = 2	Se despertó 2 - 3 veces resuello asmático o tos = 2
Continuo = 3	Continuo = 3	Tuvo que faltar a al trabajo o permanecer dentro de la casa = 3	Mala noche, permaneció despierto la mayor parte del tiempo = 3



Adaptado con la autorización del Programa Nacional de Educación y Prevención del Asma (National Asthma Educación and Prevention Program), Informe N°2 del Panel de Expertos, Institutos Nacionales para la Salud (National Institute Health).