Dagbok

Namn _____

Tel _____

År _____

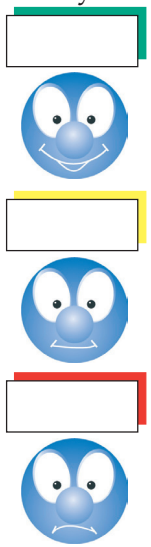
Månad _____

Längd _____

Bästa PEF _____ l/min

Mitt mål _____

Det här skall doktorn fylla i.



PEF
450
400
350
300
250
200
150
100

0 1 2 3 4 5

Bra *Jobbig*

Jag upplever min astma som (0-5 på skalan)																
Jag är förkyld																
Jag har varit i rök/damm																
Jag har träffat pälsdjur/annat jag inte tål																
Jag har lekt/idrottat																
Jag har varit hemma på grund av min astma																
Namn och styrka på mediciner	Antal doser															
1																
2																
3																
4																
5																