



Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP
Departamento de Puericultura e Pediatria
Divisão de Imunologia e Alergia Pediátrica

Diário de Sintomas de Asma

Paciente: _____

Mês: _____

Dia	Tosse	Chiado	Falta de ar	Sono	Exercício	Med para crise*	PF**
1							/
2							/
3							/
4							/
5							/
6							/
7							/
8							/
9							/
10							/
11							/
12							/
13							/
14							/
15							/
16							/
17							/
18							/
19							/
20							/
21							/
22							/
23							/
24							/
25							/
26							/
27							/
28							/
29							/
30							/
31							/

* Anotar qual a medicação usada para aliviar os sintomas e quantas vezes usou.