

Votre nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Quel est l'état de votre MPOC? Faites le test d'évaluation de la MPOC (COPD Assessment Test<sup>MC</sup>, CAT)**

Ce questionnaire vous aidera, ainsi que votre professionnel de la santé, à évaluer l'effet de la MPOC (Maladie pulmonaire obstructive chronique) sur votre bien-être et votre vie quotidienne. Vos réponses et le score du test peuvent être utilisés par vous et votre professionnel de la santé afin d'aider à améliorer la prise en charge de votre MPOC et à bénéficier au maximum du traitement.

Pour chaque énoncé ci-dessous, veuillez cocher (X) la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez en ce moment. Veuillez à ne choisir qu'une seule réponse pour chaque question.

**Exemple :** Je suis très heureux(euse) 

0	1	2	3	4	5
	X				

 Je suis très triste

		SCORE							
Je ne tousse jamais	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Je tousse tout le temps	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Je n'ai pas du tout de sécrétions bronchiques dans mes poumons	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	J'ai les poumons complètement encombrés de sécrétions bronchiques	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Je ne ressens aucune oppression respiratoire	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Je ressens une forte oppression respiratoire	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Je ne suis pas essoufflé(e) quand je monte une côte ou un étage	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Je suis très essoufflé(e) quand je monte une côte ou un étage	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Je ne suis pas limité(e) dans l'accomplissement de mes activités domestiques	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Je suis très limité(e) dans l'accomplissement de mes activités domestiques	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Je ne suis pas inquiet(e) quand je quitte la maison, en dépit de mes problèmes pulmonaires	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Je suis très inquiet(e) quand je quitte la maison, à cause de mes problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Je dors bien	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Je ne dors pas bien à cause de mes problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
J'ai beaucoup d'énergie	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Je n'ai pas d'énergie du tout	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				

**SCORE TOTAL**

--	--