

O seu nome : _____

Data de hoje : _____

Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™ – CAT)

Este questionário irá ajudá-lo e ao seu profissional de saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) causa no seu bem estar e no seu dia a dia. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por você e pelo seu profissional de saúde para ajudar a melhorar o controle da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos itens a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descreve presentemente. Certifique-se de selecionar apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

 Estou muito triste

| | | PONTUAÇÃO | | | | | | | |
|---|--|-----------|---|---|---|---|---|---|--------------------------|
| Nunca tenho tosse | <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><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 | Tenho tosse o tempo todo | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| Não tenho nenhum catarro (secreção) no peito | <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><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 | O meu peito está cheio de catarro (secreção) | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| Não sinto nenhuma pressão no peito | <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><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 | Sinto uma grande pressão no peito | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| Não sinto falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada | <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><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 | Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa | <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><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 | Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar | <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><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 | Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| Durmo profundamente | <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><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 | Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| Tenho muita energia (disposição) | <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><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 | Não tenho nenhuma energia (disposição) | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |

PONTUAÇÃO TOTAL

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|