

Họ tên : \_\_\_\_\_

Ngày đánh giá: \_\_\_\_\_

**Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) của ông/bà như thế nào?**

**Hãy sử dụng công cụ đánh giá BPTNMT™ (CAT)**

Bộ câu hỏi này sẽ giúp ông/bà và các nhân viên y tế đánh giá tác động của BPTNMT ảnh hưởng lên sức khỏe và cuộc sống hàng ngày của ông/bà. Nhân viên y tế sẽ sử dụng những câu trả lời của ông/bà và kết quả đánh giá để giúp họ nâng cao hiệu quả điều trị BPTNMT của ông/bà và giúp ông/bà được lợi ích nhiều nhất từ việc điều trị.

Đối với mỗi mục dưới đây, có các ô điểm số từ 0 đến 5, xin vui lòng đánh dấu (X) vào ô mô tả đúng nhất tình trạng hiện tại của ông/bà. Chỉ chọn một trả lời cho mỗi câu hỏi.

**Ví dụ:** Tôi rất hạnh phúc 

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

 Tôi rất buồn

		ĐIỂM						
Tôi hoàn toàn không ho	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Tôi ho thường xuyên
0	1	2	3	4	5			
Tôi không có chút đờm (đờm) nào trong phổi	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Trong phổi tôi có rất nhiều đờm (đờm)
0	1	2	3	4	5			
Tôi không có cảm giác nặng ngực	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Tôi có cảm giác rất nặng ngực
0	1	2	3	4	5			
Tôi không bị khó thở khi lên dốc hoặc lên một tầng lầu (gác)	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Tôi rất khó thở khi lên dốc hoặc lên một tầng lầu (gác)
0	1	2	3	4	5			
Tôi không bị hạn chế trong các hoạt động ở nhà	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Tôi rất bị hạn chế trong các hoạt động ở nhà
0	1	2	3	4	5			
Tôi yên tâm ra khỏi nhà dù tôi có bệnh phổi	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Tôi không yên tâm chút nào khi ra khỏi nhà bởi vì tôi có bệnh phổi
0	1	2	3	4	5			
Tôi ngủ ngon giấc	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Tôi không ngủ ngon giấc vì có bệnh phổi
0	1	2	3	4	5			
Tôi cảm thấy rất khỏe	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Tôi cảm thấy không còn chút sức lực nào
0	1	2	3	4	5			

**TỔNG ĐIỂM**

--	--