

ชื่อ-นามสกุล _____

วันที่วันนี้ _____

ปอดของท่านเป็นอย่างไรบ้าง? ได้รับการประเมินผลเกี่ยวกับโรคถุงลมโป่งพอง (COPD Assessment Test™, CAT)

แบบสอบถามนี้จะช่วยให้คุณและแพทย์ของท่านสามารถทำการประเมินผลกระทบของโรคถุงลมโป่งพองต่อความผาสุกและการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน ท่านและแพทย์ของท่านสามารถใช้คำตอบและคะแนนทดสอบของท่านเพื่อช่วยในการปรับปรุงการจัดการโรคของท่านและได้รับการรักษาที่จะเป็นประโยชน์สูงสุดของท่าน

โปรดกาเครื่องหมาย (X) ลงในช่องด้านล่างที่อธิบายถึงอาการปัจจุบันของท่านได้ดีที่สุด กรุณาเลือกเพียงคำตอบเดียวสำหรับแต่ละคำถามเท่านั้น

ตัวอย่าง: ข้าพเจ้ามีความสุขมาก

0	1	2	3	4	5
	X				

 ข้าพเจ้าเศร้าใจมาก

			คะแนน						
ข้าพเจ้าไม่เคยมีอาการไอ	<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	ข้าพเจ้าไอตลอดเวลา	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
ข้าพเจ้าไม่มีเสมหะในปอดเลย	<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	ปอดของข้าพเจ้าเต็มไปด้วยเสมหะ	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
ข้าพเจ้าไม่รู้สึกแน่นหน้าอกเลย	<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	ข้าพเจ้ารู้สึกแน่นหน้าอกมาก	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันไดหนึ่งชั้น ข้าพเจ้ายังคงหายใจได้คล่อง	<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	เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันไดหนึ่งชั้น ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยหอบอย่างมาก	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่างๆ ที่บ้าน ได้โดยไม่จำกัด	<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	ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่างๆ ที่บ้าน ได้อย่างจำกัดมาก	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
ข้าพเจ้ามีความมั่นใจที่จะออกไปนอกบ้าน ทั้งที่ปอดข้าพเจ้ามีปัญหา	<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	ข้าพเจ้าไม่มีความมั่นใจที่จะออกไป นอกบ้านเพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
ข้าพเจ้านอนหลับสนิท	<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	ข้าพเจ้านอนหลับไม่สนิทเพราะปอดข้าพเจ้า มีปัญหา	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
ข้าพเจ้ารู้สึกกระฉับกระเฉงอย่างมาก	<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	ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				

คะแนนรวม

--	--