

Su nombre:

Fecha actual:

## ¿Cómo es la EPOC que padece? Realización del COPD Assessment Test™ (CAT)

Este cuestionario les ayudará a usted y al profesional sanitario encargado de tratarle a medir el impacto que la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) está teniendo en su bienestar y su vida diaria. Sus respuestas y la puntuación de la prueba pueden ser utilizadas por usted y por el profesional sanitario encargado de tratarle para ayudar a mejorar el manejo de la EPOC y obtener el máximo beneficio del tratamiento.

Para cada uno de los siguientes enunciados, ponga una X en la casilla que mejor describa su estado actual. Asegúrese de seleccionar una sola respuesta para cada pregunta.

**Ejemplo:** Estoy muy contento  0  1  2  3  4  5 Estoy muy triste

PUNTUACIÓN

<b>Nunca toso</b>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<b>Siempre estoy tosiendo</b>	<input type="text"/>
<b>No tengo flema (mucosidad) en el pecho</b>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<b>Tengo el pecho completamente lleno de flema (mucosidad)</b>	<input type="text"/>
<b>No siento ninguna opresión en el pecho</b>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<b>Siento mucha opresión en el pecho</b>	<input type="text"/>
<b>Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, no me falta el aire</b>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<b>Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, me falta mucho el aire</b>	<input type="text"/>
<b>No me siento limitado para realizar actividades domésticas</b>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<b>Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas</b>	<input type="text"/>
<b>Me siento seguro al salir de casa a pesar de la afección pulmonar que padezco</b>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<b>No me siento nada seguro al salir de casa debido a la afección pulmonar que padezco</b>	<input type="text"/>
<b>Duermo sin problemas</b>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<b>Tengo problemas para dormir debido a la afección pulmonar que padezco</b>	<input type="text"/>
<b>Tengo mucha energía</b>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<b>No tengo ninguna energía</b>	<input type="text"/>
			<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>