

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