

اسمك: _____

تاريخ اليوم: _____

ما حالة مرض انسداد الشعب الهوائية المزمن (COPD) لديك؟ قم بإجراء اختبار COPD Assessment Test™ (CAT)

سوف يساعدك هذا الاستبيان أنت وأخصائي الرعاية الصحية على قياس تأثير COPD (مرض انسداد الشعب الهوائية المزمن) على صحتك وحياتك اليومية. ويمكن لك وأخصائي الرعاية الصحية استخدام إجاباتك ودرجاتك في الاختبار للمساعدة في تحسين إدارة مرض الانسداد الرئوي المزمن والحصول على أكبر استفادة من العلاج.

لكل عنصر موجود أدناه، ضع علامة (X) في المربع الذي يصف حالتك حالياً على أفضل نحو. تأكد من اختيارك لرد واحد فقط على كل سؤال.

مثال: أنا سعيد جداً

5	4	3	2	1	0
				X	

 أنا حزين جداً

النتيجة																			
<input type="checkbox"/>	لا أتح مطلقاً	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	5	4	3	2	1	0	أعاني من الكحة طوال الوقت	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	5	4	3	2	1	0			
5	4	3	2	1	0														
5	4	3	2	1	0														
<input type="checkbox"/>	ليس عندي أي بلغم (مخاط) في صدري على الإطلاق	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	5	4	3	2	1	0	صدري ممتلئ عن آخره بالبلغم (المخاط)	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	5	4	3	2	1	0			
5	4	3	2	1	0														
5	4	3	2	1	0														
<input type="checkbox"/>	لا أشعر بضيق في صدري على الإطلاق	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	5	4	3	2	1	0	أشعر بضيق شديد في صدري	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	5	4	3	2	1	0			
5	4	3	2	1	0														
5	4	3	2	1	0														
<input type="checkbox"/>	لا تجدني أنهج عند أصدق تل أو عندما أصدق دور واحد من السلم	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	5	4	3	2	1	0	تجدني أنهج تماماً عند السير لأعلى التل أو عندما أصدق دور واحد من السلم	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	5	4	3	2	1	0			
5	4	3	2	1	0														
5	4	3	2	1	0														
<input type="checkbox"/>	لا يقتصر عملي في المنزل على القيام بأي أنشطة	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	5	4	3	2	1	0	قدراتي محدودة كثيراً عند القيام بالأنشطة بالمنزل	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	5	4	3	2	1	0			
5	4	3	2	1	0														
5	4	3	2	1	0														
<input type="checkbox"/>	أغادر منزلي في ثقة بالرغم من حالة رتي	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	5	4	3	2	1	0	لا أشعر بالثقة مطلقاً في مغادرة منزلي بسبب حالة رتي	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	5	4	3	2	1	0			
5	4	3	2	1	0														
5	4	3	2	1	0														
<input type="checkbox"/>	أنام بعمق	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	5	4	3	2	1	0	لا أنام بعمق بسبب حالة رتي	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	5	4	3	2	1	0			
5	4	3	2	1	0														
5	4	3	2	1	0														
<input type="checkbox"/>	لدي الكثير من الطاقة	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	5	4	3	2	1	0	ليس لدي طاقة على الإطلاق	<table border="1"><tr><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	5	4	3	2	1	0			
5	4	3	2	1	0														
5	4	3	2	1	0														

النتيجة الإجمالية

--	--