

שם: _____

התאריך היום: _____

מה מצב ה-COPD (מחלת הריאות החסימתית הכרונית) שלך?
מלא/י את השאלון להערכת COPD - COPD Assessment Test™ (CAT)
 שאלון זה יעזור לך ולאיש הצוות הרפואי המטפל בך להעריך את ההשפעה של COPD (מחלת ריאות חסימתית כרונית) על הרווחה ועל חיי היומיום שלך. תשובותיך והניקוד שתקבל במבדק יכולים לסייע לך ולאיש הצוות הרפואי המטפל בך, לשפר את ניהול ה-COPD שלך ולהפיק את מרב התועלת מן הטיפול.

עבור כל סעיף שלהלן, סמן/י X במשבצת המתארת את מצבך הנוכחי בצורה הטובה ביותר. הקפד/י לבחור תשובה אחת בלבד לכל שאלה.

דוגמה: אני שמח/ה מאוד

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

 אני עצוב/ה מאוד

ניקוד									
<input type="checkbox"/>	אני משתעל/ת כל הזמן	<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	אינני משתעל/ת כלל
5	4	3	2	1	0				
<input type="checkbox"/>	יש לי הרבה ליחה בריאות	<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	אין לי ליחה (כיח) בריאות
5	4	3	2	1	0				
<input type="checkbox"/>	יש לי תחושה רבה של לחץ בחזה	<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	אין לי תחושת לחץ בחזה
5	4	3	2	1	0				
<input type="checkbox"/>	יש לי קוצר נשימה רב כשאני הולך בעליה או כשאני מטפס קומת מדרגות אחת	<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	אין לי קוצר נשימה כשאני הולך בעליה או כשאני מטפס קומת מדרגות אחת
5	4	3	2	1	0				
<input type="checkbox"/>	אני מוגבל/ת מאוד בביצוע פעילויות בבית	<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	אני לא מוגבל/ת בביצוע פעילויות בבית
5	4	3	2	1	0				
<input type="checkbox"/>	אני מרגיש/ה מאוד לא בטוח/ה כשאני יוצא/ת מהבית, בגלל מצב הנשימה שלי	<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	אני מרגיש/ה בטוח/ה כשאני יוצא/ת מהבית, למרות מצב הנשימה שלי
5	4	3	2	1	0				
<input type="checkbox"/>	אינני ישן/ה טוב בגלל מצב הנשימה שלי	<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	אני ישן/ה היטב
5	4	3	2	1	0				
<input type="checkbox"/>	אין לי בכלל מרץ	<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	יש לי הרבה מרץ
5	4	3	2	1	0				

--	--

ניקוד כולל