

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 del cuidado de la salud 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 del cuidado de la salud para ayudar a mejorar el manejo de la EPOC y obtener el máximo beneficio del tratamiento.

En cada uno de los siguientes enunciados, seleccione la respuesta que mejor describa su estado actual. Asegúrese de seleccionar sólo una respuesta para cada pregunta.

**Ejemplo:** Estoy muy contento 

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

 Estoy muy triste

		PUNTUACIÓN							
Nunca toso	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Siempre estoy tosiendo	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
No tengo flema (mucosidad) en el pecho	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Tengo el pecho completamente lleno de flema (mucosidad)	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
No siento ninguna opresión en el pecho	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Siento mucha opresión en el pecho	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, no me falta el aire	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, me falta mucho el aire	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
No me siento limitado para realizar actividades domésticas	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Me siento seguro al salir de casa a pesar de la enfermedad pulmonar que padezco	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	No me siento nada seguro al salir de casa debido a la enfermedad pulmonar que padezco	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Duermo sin problemas	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Tengo problemas para dormir debido a la enfermedad pulmonar que padezco	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				
Tengo mucha energía	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="width: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	No tengo ninguna energía	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5				

**PUNTUACIÓN TOTAL**

--	--