

Ваше ім'я та прізвище: _____

Сьогоднішня дата: _____

Як проходить Ваше хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ)? Пройдіть тест оцінки ХОЗЛ (COPD Assessment Test™ (CAT))

Ця анкета допоможе Вам та Вашому лікарю визначити вплив ХОЗЛ (хронічного обструктивного захворювання легень) на Ваше благополуччя й щоденне життя. Ваші відповіді та загальна кількість балів можуть бути використані Вами або Вашим лікарем для того, щоби вдосконалити терапію ХОЗЛ та забезпечити найбільшу користь від лікування.

Для кожного з поданих нижче пунктів поставте хрестик (X) у клітинці, яка найточніше передає Ваш теперішній стан. Для кожного питання обирайте тільки одну відповідь.

Приклад: Я дуже щасливий(-а)

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

 Мені дуже сумно

| | | БАЛИ | | | | | | | |
|--|---|------|---|---|---|---|---|---|--------------------------|
| Я взагалі не кашляю | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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 | Я кашляю постійно | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| У мене в грудях зовсім немає мокротиння (слизу) | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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 | Мої груди повністю заповнені мокротинням (слизом) | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| Мені зовсім не тисне в грудях | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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 | Мені дуже сильно тисне в грудях | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я не відчуваю задишки | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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 | Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я відчуваю дуже сильну задишку | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| Я займаюся будь-якими домашніми справами без обмежень | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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 | Я займаюся домашніми справами з великими обмеженнями | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| Виходячи з дому, я почувуюся впевнено, незважаючи на захворювання легень | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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 | Виходячи з дому, я почувуюся невпевнено через захворювання легень | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| Я міцно сплю | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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 | Я погано сплю через захворювання легень | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| У мене багато енергії | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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 | У мене зовсім немає енергії | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |

ПІДСУМОК БАЛІВ

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|