

Votre nom : _____

Date : _____



CAT l'évaluation de la MPOC

Ce questionnaire vous aidera, ainsi que votre professionnel-le de la santé, à évaluer l'effet de la MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) sur votre bien-être et votre vie quotidienne. Vos réponses et votre pointage à ce test peuvent vous aider ainsi que votre professionnel-le de la santé à améliorer la prise en charge de votre MPOC et à tirer le maximum du traitement. Pour chaque énoncé ci-dessous, veuillez cocher (X) la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez en ce moment. Veuillez à ne choisir qu'une seule réponse pour chaque question.

Par exemple : Je suis très heureux.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5

Je suis très triste.

POINTAGE

Je ne tousse jamais	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Je tousse tout le temps	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5		
Je n'ai pas du tout de sécrétions bronchiques dans mes poumons	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	J'ai les poumons complètement encombrés de sécrétions bronchiques	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5		
Je ne ressens aucune oppression respiratoire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Je ressens une forte oppression respiratoire	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5		
Je ne suis pas essoufflé-e quand je monte une côte ou un étage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Je suis très essoufflé-e quand je monte une côte ou un étage	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5		
Je ne suis pas limité-e dans l'accomplissement de activités domestiques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Je suis très limité-e dans l'accomplissement de mes activités domestiques	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5		
Je ne suis pas inquiet(-ète) quand je quitte la maison, en dépit de mes problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Je suis très inquiet(-ète) quand je quitte la maison, à cause de mes problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5		
Je dors bien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Je ne dors pas bien à cause de mes problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5		
Je suis plein-e d'énergie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Je n'ai pas d'énergie du tout	<input type="checkbox"/>
	0 1 2 3 4 5		

SCORE TOTAL :

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------