

Votre nom :

Date :

Quel est l'état de votre MPOC ? Faites le test d'évaluation de la MPOC (COPD Assessment Test^{MC}, CAT)

Ce questionnaire vous aidera, ainsi que votre professionnel 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 le score du test peuvent être utilisés par vous et votre professionnel de la santé afin d'aider à améliorer la prise en charge de votre MPOC et à bénéficier au 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.

Exemple : Je suis très heureux (euse) 0 1 2 3 4 5 Je suis très triste

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