

Hypertension artérielle pulmonaire (HTAP)

Dites-nous ce que vous ressentez/comment vous allez

Où vous en êtes aujourd'hui?

1 Dans l'ensemble, comment vous êtes-vous senti au cours des dernières semaines?

- Mieux que d'habitude
- À peu près comme d'habitude
- Pire que d'habitude

2 Au cours des dernières semaines, avez-vous manqué le travail, l'école ou des activités quotidiennes normales en raison de douleurs thoraciques, de fatigue, de gonflement, d'une aggravation de l'essoufflement ou d'autres symptômes associés à l'HTAP?

- Non
- Oui

Si oui, veuillez expliquer _____

3 Si vous avez ressenti des battements cardiaques rapides ou irréguliers au cours des dernières semaines, comment les décririez-vous?

- Moins importants que d'habitude
- À peu près comme d'habitude
- Plus importants que d'habitude
- S/O – Je n'ai pas eu de battements cardiaques rapides ou irréguliers

4 Si vous avez eu des vertiges au cours des dernières semaines, comment les décririez-vous?

- Moins importants que d'habitude
- À peu près comme d'habitude
- Plus importants que d'habitude
- S/O – Je n'ai pas eu de vertiges

5 Si vous avez ressenti un gonflement des jambes, des pieds et de l'abdomen au cours des dernières semaines, comment le décririez-vous?

- Moins important que d'habitude
- À peu près comme d'habitude
- Plus important que d'habitude
- S/O – Je n'ai pas eu de gonflement des jambes

6 Si on vous a prescrit de l'oxygène, comment décririez-vous votre utilisation d'oxygène au cours des dernières semaines?

- J'utilise de l'oxygène pour dormir la nuit
- J'utilise de l'oxygène pendant les activités physiques
- J'utilise de l'oxygène presque toute la journée et la nuit
- S/O – Je n'ai pas utilisé d'oxygène

Pour toute question complémentaire, veuillez vous reporter au verso.

Visitez PAHInitiative.com, un site Web en anglais, pour obtenir des informations faciles à comprendre sur l'HTAP, un tableau de suivi des symptômes téléchargeable et bien plus encore!

Parlons de vos activités

7 Au cours des dernières semaines, avez-vous pu faire toutes vos activités à la même fréquence que d'habitude?

- J'ai augmenté la fréquence d'une ou plusieurs activités
- Je suis capable de faire toutes les mêmes activités à la même fréquence
- J'ai réduit la fréquence d'une ou plusieurs activités
- J'ai complètement cessé de pratiquer une ou plusieurs activités

8 Évaluez ce que vous ressentez lorsque vous effectuez les activités suivantes :

	PAS DU TOUT ESSOUFFLÉ(E)	UN PEU ESSOUFFLÉ(E)	TROP ESSOUFFLÉ(E) POUR TERMINER
Monter des escaliers ou une pente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher sur un sol plat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balayer le sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parler à quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porter les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se doucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 D'autres activités ont-elles été à l'origine de vos symptômes? Si oui, veuillez expliquer ci-dessous.

10 Veuillez énumérer les activités que vous aimeriez faire et que vous ne pouvez pas faire actuellement.

