

Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP)

Conte-nos como está se sentindo/tem passado

Em que ponto você está agora

1 Como você se sentiu em geral nas últimas semanas?

- Melhor do que o habitual
- Mais ou menos o mesmo de sempre
- Pior do que o habitual

2 Nas últimas semanas, você faltou ao trabalho, à escola ou às atividades normais do dia a dia devido a dor no peito, fadiga, inchaço, piora da falta de ar ou outros sintomas associados à HAP?

- Não
- Sim

Se sua resposta for Sim, explique _____

3 Se tiver sentido batimentos cardíacos acelerados ou irregulares nas últimas semanas, como você os descreveria?

- Menos grave do que o habitual
- Mais ou menos o mesmo de sempre
- Mais grave do que o habitual
- N/A - Eu não senti nenhum batimento cardíaco acelerado ou irregular

4 Se você tiver sentido alguma tontura nas últimas semanas, como descreveria?

- Menos grave do que o habitual
- Mais ou menos o mesmo de sempre
- Mais grave do que o habitual
- N/A – Eu não senti nenhuma tontura

5 Se as suas pernas, pés e abdômen incharam nas últimas semanas, como descreveria este inchaço?

- Menos grave do que o habitual
- Mais ou menos o mesmo de sempre
- Mais grave do que o habitual
- N/A – Eu não tive inchaço nas pernas

6 Se tiverem prescrito oxigênio para você, como você descreveria seu uso de oxigênio nas últimas semanas?

- Eu uso oxigênio à noite enquanto durmo
- Eu uso oxigênio enquanto pratico atividades físicas
- Eu uso oxigênio durante a maior parte do dia e da noite
- N/A – Eu não tenho usado oxigênio

Consulte o verso para mais perguntas.

Visite PAHInitiative.com um site em inglês para obter informações de fácil entendimento sobre a HAP, um rastreador de sintomas que você pode baixar e muito mais!

Vamos falar sobre atividades

7 Nas últimas semanas, você foi capaz de realizar todas as suas atividades na mesma frequência habitual?

- Eu aumentei a frequência de uma ou mais atividades
- Eu sou capaz de realizar as mesmas atividades na mesma frequência
- Eu reduzi a frequência de uma ou mais atividades
- Eu parei inteiramente de realizar uma ou mais atividades

8 Classifique como você se sente ao realizar as seguintes atividades:

	NENHUMA FALTA DE AR	ALGUMA FALTA DE AR	FALTA DE AR DEMAIS PARA REALIZAR
Subir escadas ou uma ladeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar em terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varrer o chão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrumar a cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me vestir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conversar com alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carregar compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar banho de chuveiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 Alguma outra atividade fez com que você apresentasse sintomas?

Se sua resposta for Sim, explique abaixo.

10 Liste quaisquer atividades que você gostaria de realizar mas que agora não consegue.
