

Tăng áp động mạch phổi (Pulmonary Arterial Hypertension, PAH)

Hãy cho chúng tôi biết quý vị đang cảm thấy/ôn như thế nào

Bây giờ quý vị đang ở đâu

1 Nhìn chung quý vị cảm thấy thế nào trong vài tuần qua?

- Đỡ hơn bình thường
- Cũng như bình thường
- Tệ hơn bình thường

2 Trong vài tuần qua, quý vị có bỏ bất cứ buổi làm việc, buổi học hoặc sinh hoạt bình thường hàng ngày nào do đau ngực, mệt mỏi, sưng, khó thở trầm trọng hơn hoặc các triệu chứng khác liên quan đến PAH không?

- Không
- Có

Nếu có, vui lòng giải thích _____

3 Nếu quý vị thấy nhịp tim nhanh hoặc không đều trong vài tuần qua, quý vị sẽ mô tả nhịp tim đó như thế nào?

- Ít nghiêm trọng hơn bình thường
- Cũng như bình thường
- Nghiêm trọng hơn bình thường
- Không áp dụng – Tôi chưa từng bị bất kỳ biến cố nhịp tim nhanh hoặc nhịp tim không đều nào

4 Nếu quý vị bị bất cứ cơn chóng mặt nào trong vài tuần qua, quý vị sẽ mô tả cơn chóng mặt đó như thế nào?

- Ít nghiêm trọng hơn bình thường
- Cũng như bình thường
- Nghiêm trọng hơn bình thường
- Không áp dụng – Tôi chưa từng bị chóng mặt

5 Nếu quý vị bị sưng ở chân, bàn chân và ở bụng trong vài tuần qua, quý vị sẽ mô tả tình trạng sưng đó như thế nào?

- Ít nghiêm trọng hơn bình thường
- Cũng như bình thường
- Nghiêm trọng hơn bình thường
- Không áp dụng – Tôi chưa hề bị sưng ở chân

6 Nếu quý vị được kê đơn thở oxy, quý vị sẽ mô tả việc sử dụng oxy của quý vị như thế nào trong vài tuần qua?

- Tôi sử dụng oxy khi ngủ vào ban đêm
- Tôi sử dụng oxy trong các hoạt động thể chất
- Tôi sử dụng oxy hầu hết cả ngày lẫn đêm
- Không áp dụng – Tôi chưa sử dụng oxy

**Vui lòng xem lại để
biết thêm câu hỏi.**

Hãy nói chuyện về các hoạt động

7 Trong vài tuần vừa qua, quý vị có thể thực hiện mọi hoạt động của quý vị với tần suất như thường lệ không?

- Tôi đã tăng tần suất thực hiện một hoặc nhiều hoạt động
- Tôi có thể thực hiện tất cả các hoạt động giống nhau với cùng tần suất
- Tôi đã cắt giảm tần suất của một hoặc nhiều hoạt động
- Tôi đã hoàn toàn ngừng thực hiện một hoặc nhiều hoạt động

8 Đánh giá cảm giác của quý vị khi hoàn tất các hoạt động sau:

	KHÔNG HỀ KHÓ THỜI CHỨT NÀO	HƠI KHÓ THỜ	KHÓ THỜ ĐẾN NỖI KHÔNG THỂ HOÀN TẤT
Đi bộ lên cầu thang hoặc lên đồi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đi bộ trên mặt đất bằng phẳng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quét sàn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dọn giường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mặc quần áo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nói chuyện với ai đó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mang rác đồ tạp hóa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tắm rửa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 Có bất kỳ hoạt động nào khác khiến quý vị có các triệu chứng không? Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

10 Vui lòng liệt kê bất kỳ hoạt động nào mà quý vị muốn làm nhưng hiện tại quý vị không thể làm được.
