

# 肺动脉高压 (PAH)

告诉我们您的感觉/身体状况

## 您现在的位置

### 1 您在过去几周里的总体感觉如何？

- 比平时要好
- 和平时差不多
- 比平时要差

### 2 在过去几周里, 您是否由于胸痛、疲劳、肿胀、呼吸急促加重或其他 PAH 相关症状耽误过任何工作、上学或正常日常活动？

- 否
- 是

若回答是, 请具体说明\_\_\_\_\_

---

---

---

---

### 3 如果您在过去几周里出现过心跳加快或不规律, 您会如何描述这些症状？

- 不如平时严重
- 和平时差不多
- 比平时要严重
- 不适用——我未出现过任何心跳加快或不规律

### 4 如果您在过去几周里出现过任何眩晕, 您会如何描述该症状？

- 不如平时严重
- 和平时差不多
- 比平时要严重
- 不适用——我未出现过任何眩晕

### 5 如果您在过去几周里出现过任何腿部、足部和腹部肿胀, 您会如何描述该症状？

- 不如平时严重
- 和平时差不多
- 比平时要严重
- 不适用——我未出现过任何腿部肿胀

### 6 如果您在过去几周里接受过吸氧治疗, 您会如何描述该吸氧治疗？

- 我在晚上睡觉时吸氧
- 我在体育活动时吸氧
- 我在一整天大多数时候都要吸氧
- 不适用——我从未吸氧

如有其他疑问,  
请参见背面。

## 讨论一下活动

### 7 在过去几周里, 您是否能够按照平时的频率进行所有活动?

- 一项或多项活动的频率有增加
- 所有相同的活动与平时的频率一样
- 一项或多项活动的频率有减少
- 一项或多项活动完全停止

### 8 请评价您在完成下列活动后的感觉:

	根本不气喘	有点气喘	气喘得厉害, 无法完成
爬楼梯或爬山	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
平地步行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
扫地	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
铺床	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
穿衣服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
与他人交谈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
提杂货	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
淋浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 9 是否还有任何其他活动导致过您出现症状? 若回答是, 请在下面具体说明。

---

---

---

### 10 请列出您想做但您现在无法做的任何活动。

---

---

---

