

Strumento di valutazione del respiro*



Ci sono attività che desidera svolgere ma in cui si sente limitato a causa della sua respirazione?

Sì

No

Si sveglia con problemi o difficoltà di respirazione?

Sì

No

Quali parti della giornata sono le peggiori per la sua respirazione?

Mattina 

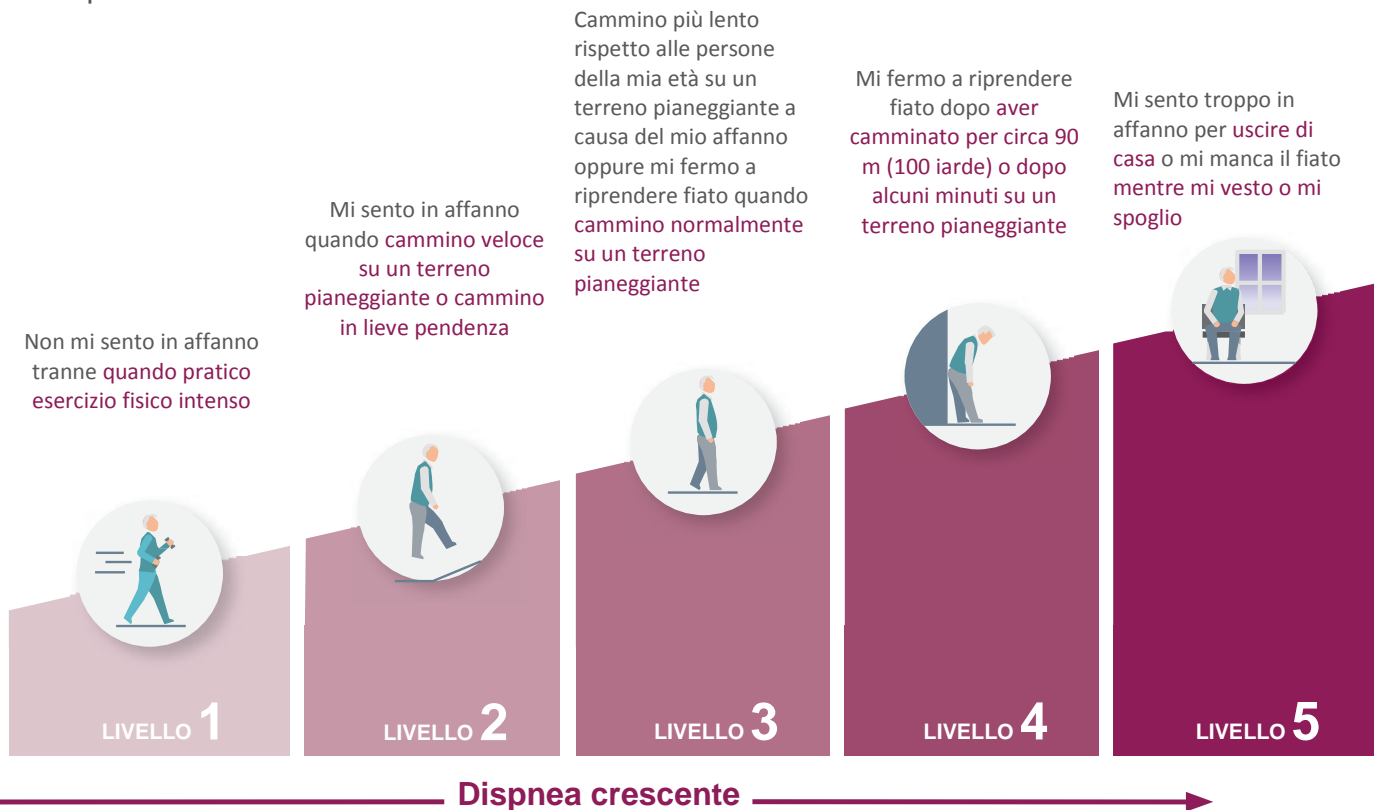
Pomeriggio 

Sera 

Durante la notte 

Quanto si sente in affanno?

Contrassegnare il grafico corrispondente



*Questo strumento è pensato per i pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (COPD), tra cui bronchite cronica ed enfisema.

www.breathassess.ca

Un messaggio da un'azienda canadese di ricerca farmaceutica.