

Szívelégtelenség kérdőív (Kansas City)

A következő kérdések az Ön szívelégtelenségére vonatkoznak és arra, hogy annak milyen hatásai lehetnek az életére. Kérjük, olvassa el és válaszoljon a következő kérdésekre. Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Kérjük, azt a választ jelölje be, amelyik Önre legjobban illik.

1. A **szívelégtelenség** az embereket különböző módon érinti. Van, aki főleg nehézlégzést tapasztal, míg mások főleg fáradtságot éreznek. Kérjük, jelölje meg, hogy mennyire korlátozta a **szívelégtelenség** (például nehézlégzés vagy fáradtság) az alábbi tevékenységek elvégzésében az elmúlt 2 hét folyamán.

Mindegyik sorban az egyik választ jelölje meg **X**-szel.

Tevékenység	Rendkívül korlátozott	Nagyon korlátozott	Közepesen korlátozott	Kevésbé korlátozott	Egyáltalán nem korlátozott	Más okok korlátoztak, vagy nem csináltam ilyet
Öltözködés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuhanyozás/ fürdés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kb. 100 méternyi gyaloglás sík terepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kertészkedés, házimunka vagy bevásárlótáska cipelése	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lépcsőn felmenni egy emeletnyit megállás nélkül	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Futás vagy sietés (például busz eléréséhez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Változtak-e **szívelégtelensége** tünetei (például nehézlégzés, fáradtság vagy bokaduzzadás) a 2 héttel ezelőtti állapothoz képest?

Sokkal rosszabbak	Kissé rosszabbak	Ugyan olyanok	Kissé jobbak	Sokkal jobbak	Az elmúlt 2 hét folyamán nem voltak tüneteim
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Az elmúlt 2 hét folyamán reggeli ébredéskor hányszor volt **duzzadt** a lábfeje, bokája vagy lábszára?

Minden reggel	Hetenként 3 vagy több alkalommal, de nem minden nap	Hetenként 1-2-szer	Kevesebb, minthetenként egyszer	Az elmúlt 2 hét folyamán egyszer sem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Az elmúlt 2 hét folyamán **nehézlégzése** miatt átlagosan hányszor kényszerült aludni ülve egy székben vagy legalább 3 párnával feltámasztva?

Minden éjszaka	Hetenként 3 vagy több alkalommal, de nem minden éjszaka	Hetenként 1-2-szer	Kevesebb, mint hetenként egyszer	Az elmúlt 2 hét folyamán egyszer sem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. A **szívelégtelenség** tünetei többféle ok miatt súlyosbodhatnak. Tudja Ön biztosan, hogy mi a teendő, kit hívjon, ha a **szívelégtelensége** tünetei rosszabbodnak?

Egyáltalán nem tudom biztosan	Nem nagyon tudom biztosan	Valamennyire tudom biztosan	Nagyjából biztosan tudom	Teljesen biztosan tudom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Mennyire van tudatában annak, hogy miket tehet annak érdekében, hogy **szívelégtelensége** tünetei ne súlyosbodjanak (például rendszeres testsúlymérés, sószegény diéta stb.)?

Egyáltalán nem vagyok tudatában	Nem nagyon vagyok tudatában	Valamennyire tudatában vagyok	Nagyjából tudatában vagyok	Teljesen tudatában vagyok
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Az elmúlt 2 hét folyamán mennyire korlátozta Önt **szívelégtelensége** abban, hogy élvezni tudja az életet?

Rendkívül korlátozott	Nagyon korlátozott	Közepesen korlátozott	Kissé korlátozott	Egyáltalán nem korlátozott
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Ha hátralévő életében ugyanilyen maradna **szívelégtelensége**, mint jelenleg, mit érne ezzel kapcsolatban?

Teljesen elégedetlen lennék	Főként elégedetlen lennék	Sem elégedetlen, sem elégedett nem lennék	Főként elégedett lennék	Teljesen elégedett lennék
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

