**冠心病患者自我照护清单**

 **(SC-CHDI V3)**

*所有答案均予以保密。*

在完成这些条目时，想想过去一个月您的感受。

**第一部分:**

下面列出了对冠心病患者的常规指导，您日常是如何做以下事情的？

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **从不或很少** |  | **有时** |  | **总是或每天** |
| 1. 按照与医务人员的预约就诊？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 服用阿司匹林或其他血液稀释剂？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 做一些缓解压力的事情（如药物、瑜伽、音乐）？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 做体育活动（如健步走，爬楼梯）？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 遵医嘱服药，无漏服情况？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 在外就餐或拜访他人时要求低脂肪含量的食物？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 尽量避免生病（例如打流感疫苗，洗手）？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 吃水果和蔬菜？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 不吸烟和/或避开吸烟者？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**第二部分:**

下面列出了对冠心病患者的常规监测，您做如下事情的频率如何？

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **从不或很少** |  | **有时** |  | **总是或每天** |
| 1. 监测您的身体状况？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 关注您感觉的变化？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 监测您的血压？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 监测您在做正常活动时是否比平时更疲劳？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 监测药物的副作用？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 监测症状？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 监测您的体重？
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**症状识别:**

##### 很多冠心病患者有*胸痛，胸闷不适，灼烧感，沉重感，气短和疲乏等症状*，您上次出现症状时…

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **没有症状** | **我没有意识到症状** | **不是很快** |  | **较快** |  | **非常快** |
| 1. …您多快意识到它是冠心病的症状？
 | 不适用 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**第三部分:**

下面列出了冠心病发作时所采用的做法，如果您出现症状时，尝试这些做法的可能性有多大？

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **不太可能** |  | **有可能** |  | **非常可能** |
| 1. 改变活动水平（放慢下来，休息）
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 服用阿司匹林
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 服用缓解或消除症状的药物
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 给您的医务人员打电话寻求指导
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 下次就诊时将症状告知您的医务人员
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

##### 想想您上次出现冠心病症状时您采用的治疗。

##### （圈定**一个**数字）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **我什么都没做** | **不确定** |  | **有些确定** |  | **非常确定** |
| 1. 您采用的治疗让您感觉好些？
 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |