

## 四、老年心肺功能与相关疾病流调标准核心版

### 1、基本信息

|                           |   |         |   |       |        |
|---------------------------|---|---------|---|-------|--------|
| 1. 姓名                     |   | 2. 性别   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 3. 年龄 | _____岁 |
| 4. 出生日期                   |   | 5. 身份证号 |   |       |        |
| 6. 民族                     | <input type="checkbox"/> 汉族 <input type="checkbox"/> 回族 <input type="checkbox"/> 满族 <input type="checkbox"/> 其它_____  |         |   |       |        |
| 7. 婚姻状况                   | <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离婚   |         |   |       |        |
| 8. 居住地                    | <input type="checkbox"/> 城镇 <input type="checkbox"/> 乡村   |         |   |       |        |
| 9. 最高受教育水平                | <input type="checkbox"/> 文盲 <input type="checkbox"/> 未读完小学，但能识字 <input type="checkbox"/> 小学毕业 <input type="checkbox"/> 初中毕业 <input type="checkbox"/> 高中/中专 <input type="checkbox"/> 大专 <input type="checkbox"/> 本科 <input type="checkbox"/> 研究生及以上  |         |   |       |        |
| 10. 宗教信仰                  | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有   |         |   |       |        |
| 11. 职业                    | <input type="checkbox"/> 国家公务员 <input type="checkbox"/> 专业技术人员 <input type="checkbox"/> 职员 <input type="checkbox"/> 企业管理人员 <input type="checkbox"/> 工人<br><input type="checkbox"/> 农民 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 现役军人 <input type="checkbox"/> 自由职业者 <input type="checkbox"/> 个体经营者<br><input type="checkbox"/> 无业人员 <input type="checkbox"/> 退（离）休人员 <input type="checkbox"/> 其他 |         |   |       |        |
| 12. 平时以静坐或站立为主，或是以干体力活为主？ | <input type="checkbox"/> 以静坐为主（如行政管理人员，秘书等）<br><input type="checkbox"/> 以站立为主（如营业员，门卫等）<br><input type="checkbox"/> 以一般体力活动为主（常温下不太出汗如管道工、电工、木工、泥工等）<br><input type="checkbox"/> 以重体力劳动为主（常温下很容易出汗如装卸、采矿、炼钢等）<br><input type="checkbox"/> 离退休或家务，或待业一年以上，或肢体残疾无法正常劳动<br><input type="checkbox"/> 不清楚  |         |   |       |        |
| 13. 居住方式                  | <input type="checkbox"/> 与配偶 <input type="checkbox"/> 与配偶及子女 <input type="checkbox"/> 与子女 <input type="checkbox"/> 与亲戚及其他 <input type="checkbox"/> 独居   |         |   |       |        |
| 14. 家庭常驻人口                | <input type="checkbox"/> 1 个 <input type="checkbox"/> 2 个 <input type="checkbox"/> 3 个 <input type="checkbox"/> 4 个 <input type="checkbox"/> 5 个及以上   |         |   |       |        |
| 15. 医疗付费方式                | <input type="checkbox"/> 自费 <input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 新农村合作医疗<br><input type="checkbox"/> 商业医疗保险 <input type="checkbox"/> 公费   |         |   |       |        |
| 16. 经济来源                  | <input type="checkbox"/> 退休金/养老金 <input type="checkbox"/> 子女补贴 <input type="checkbox"/> 政府补贴 <input type="checkbox"/> 亲友资助 <input type="checkbox"/> 其他_____   |         |   |       |        |
| 17. 个人月收入                 | <input type="checkbox"/> 1000 以下 <input type="checkbox"/> 1000-2000 <input type="checkbox"/> 2000-3000 <input type="checkbox"/> 3000 以上   |         |   |       |        |

|   |  |                |  |
|---|--|----------------|--|
| 18. 家庭住址<br>(省、市、区、县、村为选择列表, 门牌号自由录入(国家标准)) | _____省(自治区) _____市(自治州、盟) _____区<br>(县、自治县、旗) _____街道/乡镇 _____社区/村                                 |                |  |
| 19. 联系电话                                    |  | 20. 家属电话       |  |
| 21. 收缩压/舒张压                                 | ____/____ mmHg   | 22. 身高         | ____ cm  |
| 23. 体重                                      | ____ Kg  | 24. BMI (自动计算) |  |
| 25. 腰围                                      | ____ cm  |                |  |
| 26. 新冠感染情况                                  | <input type="checkbox"/> 确诊 1 次 <input type="checkbox"/> 确诊 2 次及以上<br><input type="checkbox"/> 未感染 | 27. 新冠确诊方式     | <input type="checkbox"/> 咽试纸 <input type="checkbox"/> 抗原检测 |

## 2、生活方式

| 烟酒史                             |   |   |   |   |   |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. 吸烟史                          | <input type="checkbox"/> 是, 吸烟 ____ 年, 平均每天 ____ 支<br><input type="checkbox"/> 已戒烟, 戒烟 ____ 年 <input type="checkbox"/> 从不吸烟   |   |   |   |   |
| 2. 被动吸烟                         | <input type="checkbox"/> 无<br><input type="checkbox"/> 有  |   |   |   |   |
| 4. 饮酒史                          | <input type="checkbox"/> 从不 <input type="checkbox"/> 每月少于 1 次 <input type="checkbox"/> 每月 2-4 次<br><input type="checkbox"/> 每周 2-3 次 <input type="checkbox"/> 每周超过 4 次 <input type="checkbox"/> 不清楚 |   |   |   |   |
| 饮食                              |   |   |   |   |   |
| 1. 饮食方式                         | <input type="checkbox"/> 素食为主 <input type="checkbox"/> 荤食为主 <input type="checkbox"/> 平衡搭配 <input type="checkbox"/> 未知   |   |   |   |   |
| 2. 请您根据自身的情况对下列饮食口味做出选择(和身边人相比) | 0=无, 1=轻度, 2=中度, 3=重度, 4=不知道  |   |   |   |   |
| 辣度                              | 0   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 甜度                              | 0   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 咸度                              | 0   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 油腻程度                            | 0   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 温度                              | <input type="checkbox"/> 凉 <input type="checkbox"/> 烫   |   |   |   |   |
| 3. 请您根据自身情况对下列饮食偏好频率做出选择        | 0=不吃/极少(<1 次/月), 1=1-3 次/月, 2=1-2 次/周, 3=3-5 次/周, 4=几乎每天  |   |   |   |   |
| 油炸食物                            | 0   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 外卖                              | 0   | 1 | 2 | 3 | 4 |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 饭店                                  | 0 1 2 3 4  |
| 食堂                                  | 0 1 2 3 4  |
| 家中（新鲜）                              | 0 1 2 3 4  |
| 家中（剩饭剩菜）                            | 0 1 2 3 4  |
| 4. 过去一年中，您吃过多少次下列烹饪方法做好的食物？         | 0=不吃，1=小于1次/月，2=1次/月，3=2-3次/月，4=1-2次/周 5=3-4次/周 6=5-6次/周 7=1次/天 8=2次/天   |
| 1. 煎炒                               | 0 1 2 3 4 5 6 7 8  |
| 2. 煮                                | 0 1 2 3 4 5 6 7 8  |
| 3. 烧烤                               | 0 1 2 3 4 5 6 7 8  |
| 4. 油炸                               | 0 1 2 3 4 5 6 7 8  |
| 5. 蒸                                | 0 1 2 3 4 5 6 7 8  |
| 6. 生食                               | 0 1 2 3 4 5 6 7 8  |
| 7. 其他（请注明）                          | 0 1 2 3 4 5 6 7 8  |
| <b>体育锻炼</b>                         |  |
| 1. 在过去一年里，你每周体育锻炼的强度？               | 每周_____次，每次_____分钟   |
| 2. 如果每周都参加锻炼，你最常用的锻炼方式是哪一种？         | <input type="checkbox"/> 太极拳/气功/散步<br><input type="checkbox"/> 长跑/健美操<br><input type="checkbox"/> 球类运动（篮球、乒乓球、羽毛球等）<br><input type="checkbox"/> 快走/保健操/秧歌/广场舞<br><input type="checkbox"/> 游泳<br><input type="checkbox"/> 其他（如爬山）<br><input type="checkbox"/> 不清楚 |
| 3. 你平均每周有几天会因锻炼/劳动等强体力活动而出汗或心跳明显加快？ | <input type="checkbox"/> 从无或几乎从来没有<br><input type="checkbox"/> 有时有，但不是每周<br><input type="checkbox"/> 每周有 1-2 天<br><input type="checkbox"/> 每周有 3-5 天<br><input type="checkbox"/> 每天或几乎每天都有<br><input type="checkbox"/> 不清楚                                       |
| 4. 每天静态行为时间                         | _____小时（每天有多少时间坐着、靠着、躺着，包括坐着工作、学习、阅读、看电视、用电脑等）   |
| <b>烟尘接触史</b>                        |  |
| 1. 近 5 年来您是否自己做饭                    | <input type="checkbox"/> 从无或几乎从来没有<br><input type="checkbox"/> 1-2 天/周<br><input type="checkbox"/> 3-5 天/周<br><input type="checkbox"/> 每天或几乎每天都有   |
| 每周在家做饭次数是多少？                        | <input type="checkbox"/> <5 次； <input type="checkbox"/> 5-10 次； <input type="checkbox"/> >10 次   |
| 2. 近 5 年来您家里做饭时房屋内油烟多吗              | <input type="checkbox"/> 无烟 <input type="checkbox"/> 少烟 <input type="checkbox"/> 较多  |
| 5. 职业暴露史                            | 是否有有害物质职业接触史(1 年及以上)？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
|                             | 职业接触何种有害物质(可多选)?<br><input type="checkbox"/> 石棉; <input type="checkbox"/> 氡、铬、镉、硅; <input type="checkbox"/> 煤烟和煤烟灰; <input type="checkbox"/> 其他____<br>如果你接触了上述物质, 接触时间有多长? ____年 |
| <b>睡眠</b>                   |   |
| 1. 近 1 年来, 您平均每天晚上睡眠多长时间?   | <input type="checkbox"/> 少于 5 小时 <input type="checkbox"/> 5-6 小时 <input type="checkbox"/> 7-8 小时  |
| 2. 近一年来睡眠质量                 | <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 优   |
| 3. 您夜间睡觉是否打鼾?               | <input type="checkbox"/> 经常有 <input type="checkbox"/> 偶尔有 <input type="checkbox"/> 否  |
| 4. 白天是否过度嗜睡或疲劳 (EPWORTH 评分) | <input type="checkbox"/> 是 (6-15 分) <input type="checkbox"/> 否 (0-6 分)  |
| <b>嗜睡情况</b>                 | <b>打瞌睡的可能 (0=从不, 1=很少, 2=有时, 3=经常)</b>  |
| 1. 坐着阅读书刊                   | 0    1    2    3  |
| 2. 看电视                      | 0    1    2    3  |
| 3. 在公共场所坐着不动 (如在剧场或开会)      | 0    1    2    3  |
| 4. 作为乘客在汽车中坐 1 小时, 中间不休息    | 0    1    2    3  |
| 5. 在环境许可时, 下午躺下休息           | 0    1    2    3  |
| 6. 坐下与人谈话                   | 0    1    2    3  |
| 7. 午餐不喝酒, 餐后安静地坐着           | 0    1    2    3  |

### 3、老年综合评估

|  |   |
|--|---|
| <b>FRAIL 衰弱量表 (具备 3 项及以上为衰弱): 有/无</b>  |   |
| 1. 是否感到疲乏  | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是   |
| 2. 耐力下降: 不辅助情况下, 中途不休息爬一层楼梯有困难   | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是   |
| 3. 行动受限: 在不辅助下走完 100 m 较困难   | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是   |
| 4. 多病共存: 超过 5 种共存病, 如高血压、糖尿病、急性心脏疾病发作、卒中、恶性肿瘤(微小皮肤癌除外)、充血性心力衰竭、哮喘、关节炎、慢性肺疾病、肾脏 疾病、心绞痛等 | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是   |
| 5. 体质量减轻: 是否 1 年内出现体重下降 $\geq 5\%$   | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是   |
| 注: 是: 1 分, 否 0 分   |   |
| <b>总分:</b>   |   |
| <b>营养评价问卷简表(SNAQ)好/营养不良</b>  |   |
| 1. 食欲状况  | <input type="checkbox"/> A. 非常差 <input type="checkbox"/> B. 差 <input type="checkbox"/> C. 一般<br><input type="checkbox"/> D. 好 <input type="checkbox"/> E. 非常好 |
| 2. 吃饭饱感  | <input type="checkbox"/> A. 只吃几口就觉得饱了<br><input type="checkbox"/> B. 吃到 1/3 时觉得饱了   |

|  | <input type="checkbox"/> C. 吃到一半时觉得饱了<br><input type="checkbox"/> D. 基本吃光觉得饱了<br><input type="checkbox"/> E. 很少有饱感   |     |            |      |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
|--|--|-----|------------|------|------------|------|---------------|---|---|---|---|------------------|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|----------------|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|----------------|---|---|---|---|-------------------|---|---|---|---|
| 3. 食物口味  | <input type="checkbox"/> A. 非常差 <input type="checkbox"/> B. 差 <input type="checkbox"/> C. 一般<br><input type="checkbox"/> D. 好 <input type="checkbox"/> E. 非常好                                      |     |            |      |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 4. 进餐数量  | <input type="checkbox"/> A. 每日少于 1 餐;<br><input type="checkbox"/> B. 每日 1 餐;<br><input type="checkbox"/> C. 每日 2 餐;<br><input type="checkbox"/> D. 每日 3 餐;<br><input type="checkbox"/> E. 每日大于 3 餐 |     |            |      |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 注: A=1 分, B=2 分, C=3 分, D=4 分, E=5 分, 小于 14 分提示体重丢失或营养不良风险   |  |     |            |      |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 总分:  |  |     |            |      |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| GAD-7 量表:  |  |     |            |      |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| <h3>GAD-7 焦虑症筛查量表</h3> <p>在过去的两周里, 你生活中有多少天出现以下的症状? 请在答案对应的位置打“√”。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th><th>没有</th><th>有几天</th><th>一半以上<br/>时间</th><th>几乎天天</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 感到不安、担心及烦躁</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr> <td>2. 不能停止担心或控制不了担心</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr> <td>3. 对各种各样的事情过度担心</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr> <td>4. 很紧张, 很难放松下来</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr> <td>5. 非常焦躁, 以至无法静坐</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr> <td>6. 变得容易烦恼或易被激怒</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr> <td>7. 感到好像有什么可怕的事会发生</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> </tbody> </table> |  |     | 没有         | 有几天  | 一半以上<br>时间 | 几乎天天 | 1. 感到不安、担心及烦躁 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2. 不能停止担心或控制不了担心 | 0 | 1 | 2 | 3 | 3. 对各种各样的事情过度担心 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4. 很紧张, 很难放松下来 | 0 | 1 | 2 | 3 | 5. 非常焦躁, 以至无法静坐 | 0 | 1 | 2 | 3 | 6. 变得容易烦恼或易被激怒 | 0 | 1 | 2 | 3 | 7. 感到好像有什么可怕的事会发生 | 0 | 1 | 2 | 3 |
|  | 没有   | 有几天 | 一半以上<br>时间 | 几乎天天 |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 1. 感到不安、担心及烦躁  | 0  | 1   | 2          | 3    |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 2. 不能停止担心或控制不了担心   | 0  | 1   | 2          | 3    |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 3. 对各种各样的事情过度担心  | 0  | 1   | 2          | 3    |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 4. 很紧张, 很难放松下来   | 0  | 1   | 2          | 3    |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 5. 非常焦躁, 以至无法静坐  | 0  | 1   | 2          | 3    |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 6. 变得容易烦恼或易被激怒   | 0  | 1   | 2          | 3    |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 7. 感到好像有什么可怕的事会发生  | 0  | 1   | 2          | 3    |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 注: 0-4 没有焦虑症 注意自我保重; 5-9 可能有轻微焦虑症 建议咨询心理医生或心理医学工作者; 10-13 可能有中度焦虑症 最好咨询心理医生或心理医学工作者; 14-18 可能有中重度焦虑症 建议咨询心理医生或精神科医生; 19-21 可能有重度焦虑症 一定要看心理医生或精神科医生。  |  |     |            |      |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 总分:  |  |     |            |      |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 心肺共病筛查   |  |     |            |      |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 1. 是否患有心脏病, 例如冠心病、心力衰竭、心律失常、心肌病、心脏瓣膜病等?  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |     |            |      |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 2. 是否患有慢性非传染性呼吸系统疾病, 例如慢性阻塞性肺疾病、慢性支气管炎、肺气肿、支气管哮喘、肺炎等?  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |     |            |      |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 3. 目前是否有胸闷、心慌、心悸、胸痛、水肿、咳嗽、咳痰、呼吸气促、哮喘、头晕等不适?  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |     |            |      |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |
| 注: 1、2 均回答“是”, 则判定为心肺共病 3 项均填“否”, 则判定无心肺共病, 3 填“是”需进一步明确诊断   |  |     |            |      |            |      |               |   |   |   |   |                  |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                 |   |   |   |   |                |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |

| EQ-5D                             |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. 行动                             | <input type="checkbox"/> 可以四处走动，没有任何困难（1分）<br><input type="checkbox"/> 行动有些不方便（2分）<br><input type="checkbox"/> 不能下床活动（3分）   |
| 2. 照顾自己                           | <input type="checkbox"/> 可以照顾自己，没有任何困难（1分）<br><input type="checkbox"/> 在洗澡、穿衣方面有些困难（2分）<br><input type="checkbox"/> 无法自己洗澡、穿衣（3分）   |
| 3. 日常生活（工作、学习、家务、家庭或休闲活动）         | <input type="checkbox"/> 能进行日常生活，没有任何困难（1分）<br><input type="checkbox"/> 在进行日常生活方面有些困难（2分）<br><input type="checkbox"/> 无法进行日常生活（3分）  |
| 4. 疼痛或不舒服                         | <input type="checkbox"/> 没有任何疼痛或不舒服（1分）<br><input type="checkbox"/> 中度疼痛或不舒服（2分）<br><input type="checkbox"/> 极其疼痛或不舒服（3分）   |
| 5. 焦虑/抑郁                          | <input type="checkbox"/> 无焦虑或抑郁（1分）<br><input type="checkbox"/> 中度焦虑或抑郁（2分）<br><input type="checkbox"/> 极度焦虑或抑郁（3分）   |
| 总分：_____分（EDC 计算）                 |   |
| 病史                                |   |
| 1. 您是否曾被确诊患有以下疾病？（如果选择无，则自动跳过此选项） | <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血脂 <input type="checkbox"/> 肺结核 <input type="checkbox"/> 慢性支气管炎 <input type="checkbox"/> 肺气肿 <input type="checkbox"/> 哮喘或支气管扩张 <input type="checkbox"/> 矽肺或尘肺 <input type="checkbox"/> 中风<br><input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 骨质疏松史 <input type="checkbox"/> 甲状腺功能亢进症 <input type="checkbox"/> 心力衰竭<br><input type="checkbox"/> 心律失常 <input type="checkbox"/> 心肌病 <input type="checkbox"/> 心脏瓣膜病 <input type="checkbox"/> 先天性心脏病 <input type="checkbox"/> 慢性肾功能不全 <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 其他肿瘤 <input type="checkbox"/> 手术史 <input type="checkbox"/> 过敏性疾病 <input type="checkbox"/> 幼年呼吸道感染病史 <input type="checkbox"/> 家族史，肺癌、哮喘、慢性支气管炎、肺气肿、慢阻肺或心脏病 |

## 4、心脏评估

| 心力衰竭史 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |   |
|---|---|
| 1. 确诊时间   | （格式：MM/DD/YYYY）   |
| 2. 是否用药   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否   |
| 3. 药物名称   | <input type="checkbox"/> 利尿剂 <input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> $\beta$ 受体阻滞剂 <input type="checkbox"/> ARNI<br><input type="checkbox"/> SGLT2抑制剂 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 心衰症状及体征   |   |

|   |  |
|---|--|
| 1. 什么情况下有无乏力、呼吸困难等不适  | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 一般活动 <input type="checkbox"/> 轻微活动 <input type="checkbox"/> 休息   |
| 2. 夜间有无憋醒坐起情况   | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有  |
| 3. 夜间有无发生咳嗽、咳痰，坐起会减轻情况  | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有  |
| 4. 有无双侧踝关节水肿  | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有  |
| 5. 心功能 NYHA 分级  | <input type="checkbox"/> I 级：日常活动量不受限制，一般体力活动不引起过度疲劳、心悸、气喘或心绞痛。<br><input type="checkbox"/> II 级：体力活动轻度受限制。休息时无自觉症状，一般体力活动引起过度疲劳、心悸、气喘或心绞痛。<br><input type="checkbox"/> III 级：体力活动明显受限制。休息时无症状，但小于一般体力活动即可引起过度疲劳、心悸、气喘或心绞痛。<br><input type="checkbox"/> IV 级：不能从事任何体力活动，休息状态下也出现心衰症状，体力活动后加重 |
| <b>高血压</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无      |  |
| 1. 类型   | <input type="checkbox"/> 原发性高血压 <input type="checkbox"/> 继发性高血压  |
| 2. 确诊时间   | (格式：MM/DD/YYYY)  |
| 3. 最高血压   | _____ mmHg   |
| 4. 是否用药   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |
| 5. 药物名称   | <input type="checkbox"/> 利尿剂 <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> $\beta$ 受体阻滞剂 <input type="checkbox"/> ARNI<br><input type="checkbox"/> SGLT2 抑制剂 <input type="checkbox"/> 其他                                  |
| <b>糖尿病</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无      |  |
| 1. 类型   | <input type="checkbox"/> 1 型糖尿病 <input type="checkbox"/> 2 型糖尿病  |
| 2. 确诊时间   | (格式：MM/DD/YYYY)  |
| 3. 是否用药   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |
| 4. 药物种类   | <input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 胰岛素   |
| <b>甲状腺功能亢进症</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |  |
| 1. 确诊时间   | (格式：MM/DD/YYYY)  |
| <b>血脂异常</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无     |  |
| 1. 种类   | <input type="checkbox"/> 高胆固醇血症 <input type="checkbox"/> 高甘油三酯血症 <input type="checkbox"/> 低 HDL <input type="checkbox"/> 混合型   |
| 2. 是否用药   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |
| 3. 药物名称   | <input type="checkbox"/> 他汀类 <input type="checkbox"/> 依折麦布 <input type="checkbox"/> 贝特类 <input type="checkbox"/> PCSK9 抑制剂 <input type="checkbox"/> 烟酸类 <input type="checkbox"/> 树脂类 <input type="checkbox"/> 其他   |
| <b>冠心病史</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无     |  |
| 1. 确诊时间   | (格式：MM/DD/YYYY)  |
| 2. 是否 PCI   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |
| 3. PCI 时间   | (格式：MM/DD/YYYY)  |
| 4. 是否 CABG  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |
| 5. CABG 时间  | (格式：MM/DD/YYYY)  |
| <b>心律失常</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无     |  |

|  |  |
|--|--|
| 1. 类型  | <input type="checkbox"/> 窦性心动过缓 <input type="checkbox"/> 窦性心动过速 <input type="checkbox"/> 窦性停搏 <input type="checkbox"/> 窦房阻滞<br><input type="checkbox"/> 室早 <input type="checkbox"/> 室速 <input type="checkbox"/> 室颤 <input type="checkbox"/> 室性自主心律 <input type="checkbox"/> 房早 <input type="checkbox"/> 房速<br><input type="checkbox"/> 房扑 <input type="checkbox"/> 房颤 <input type="checkbox"/> 交界区早搏 <input type="checkbox"/> 交界区心律 <input type="checkbox"/> 交界区心动过速<br><input type="checkbox"/> I 度 AVB <input type="checkbox"/> II 度 1 型 AVB <input type="checkbox"/> II 度 2 型 AVB <input type="checkbox"/> III 度 AVB<br><input type="checkbox"/> 左束支传导阻滞 <input type="checkbox"/> 右束支传导阻滞 |
| <b>心肌病</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无     |  |
| 1. 类型  | <input type="checkbox"/> 扩张型心肌病 <input type="checkbox"/> 肥厚型心肌病 <input type="checkbox"/> 限制型心肌病<br><input type="checkbox"/> 致心律失常型右室心肌病 <input type="checkbox"/> 心肌致密化不全 <input type="checkbox"/> 应激性心肌病<br><input type="checkbox"/> 继发性心肌病 <input type="checkbox"/> 心肌淀粉样变  |
| <b>心脏瓣膜病</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无   |  |
| 1. 位置（可多选）   | <input type="checkbox"/> 二尖瓣 <input type="checkbox"/> 三尖瓣 <input type="checkbox"/> 主动脉瓣 <input type="checkbox"/> 肺动脉瓣  |
| 2. 类型（可多选）   | <input type="checkbox"/> 狭窄 <input type="checkbox"/> 关闭不全  |
| <b>先天性心脏病</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无  |  |
| 1. 类型  | <input type="checkbox"/> 房间隔缺损 <input type="checkbox"/> 室间隔缺损 <input type="checkbox"/> 动脉导管未闭 <input type="checkbox"/> 法洛四联症<br><input type="checkbox"/> 主动脉缩窄 <input type="checkbox"/> 肺动脉狭窄 <input type="checkbox"/> 艾森曼格综合征 <input type="checkbox"/> 卵圆孔未闭<br><input type="checkbox"/> 其他   |
| <b>慢性肾功能不全</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |  |
| 若是，是否正在进行透析  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |
| <b>家族史</b>   |  |
| 1. 您的父母、兄弟姐妹、子女是否曾患有心脏病？   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无，若有，请填写疾病名称 _____   |

## 5、肺评估

|             |   |
|-------------|---|
| <b>肺癌问卷</b> |   |
| 1. 职业暴露史    | 是否有有害物质职业接触史(1 年及以上)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否   |
|             | 职业接触何种有害物质(可多选)?<br><input type="checkbox"/> 石棉; <input type="checkbox"/> 氡、铬、镉、硅; <input type="checkbox"/> 煤烟和煤烟灰; <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
|             | 如果你接触了上述物质, 接触时间有多长? ____ 年   |
| 2. 肺癌家族史    | 父母、子女或者兄弟姐妹(同父母)是否患有肺癌(经正规医疗机构明确诊断)? <input type="checkbox"/> 是; <input type="checkbox"/> 否   |
| 3. 环境暴露史    | 您在家是否做饭? <input type="checkbox"/> 是; <input type="checkbox"/> 否;  |
|             | 每周在家做饭次数是多少? <input type="checkbox"/> <5 次; <input type="checkbox"/> 5-10 次; <input type="checkbox"/> >10 次;  |
|             | 您家里做饭时房屋油烟多吗? <input type="checkbox"/> 是; <input type="checkbox"/> 否;   |
|             | 您饮食习惯是否为高盐或高油? <input type="checkbox"/> 是; <input type="checkbox"/> 否   |



|  |  |
|--|--|
| 4. 慢阻肺史  | 是否有支气管哮喘、慢性支气管炎、肺气肿或慢阻肺 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>您父母、兄弟姐妹及子女中，是否有人患有支气管哮喘、慢性支气管炎、肺气肿或慢阻肺 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| <b>慢阻肺筛查问卷</b> <b>慢性阻塞性肺疾病自我筛查问卷 (COPD-SQ)</b>   |  |
| 1. 您的年龄  | <input type="checkbox"/> 40-49 岁 (0 分)<br><input type="checkbox"/> 50-59 岁 (3 分)<br><input type="checkbox"/> 60-69 岁 (7 分)<br><input type="checkbox"/> 70 岁以上 (10 分)           |
| 2. 您的吸烟量 (包年) = 每天吸烟___包*吸烟___年  | <input type="checkbox"/> 0-14 包年 (0 分)<br><input type="checkbox"/> 15-30 包年 (1 分)<br><input type="checkbox"/> ≥30 包年 (2 分)   |
| 3. 您的体重指数 (kg/m <sup>2</sup> ) = 体重___公斤/身高 <sup>2</sup> ___米 <sup>2</sup><br>如果不会计算，您的体重属于哪一类：很瘦 (7)，一般 (4)，稍胖 (1)，很胖 (0) | <input type="checkbox"/> <18.5 (7 分)<br><input type="checkbox"/> 18.5-23.9 (4 分)<br><input type="checkbox"/> 24.0-27.9 (1 分)<br><input type="checkbox"/> ≥28.0 (0 分)           |
| 4. 没有感冒时您是否经常咳嗽  | <input type="checkbox"/> 是 (3 分)<br><input type="checkbox"/> 否 (0 分)   |
| 5. 您平时是否感觉有气促或胸闷？  | <input type="checkbox"/> 没有气促 (0 分)<br><input type="checkbox"/> 在平地急行或爬小坡时感觉气促 (2 分)<br><input type="checkbox"/> 平地正常行走时感觉气促 (3 分)   |
| 6. 您目前使用煤炉或柴草或烹饪取暖   | <input type="checkbox"/> 是 (1 分)<br><input type="checkbox"/> 否 (0 分)   |
| 7. 您父母、兄弟姐妹及子女中，有人患有支气管哮喘、慢性支气管炎、肺气肿或慢阻肺？  | <input type="checkbox"/> 是 (2 分)<br><input type="checkbox"/> 否 (0 分)   |
| 评分_____ 注：总分≥16 分需要进一步检查明确是否患有慢阻肺  |  |
| <b>呼吸症状及相关病史 (COPD-PS)</b>   |  |
| 1. 您今年多少岁？   | <input type="checkbox"/> 35-49 岁 <input type="checkbox"/> 50-59 岁 <input type="checkbox"/> 60-69 岁 <input type="checkbox"/> ≥70 岁  |
| 2. 您是否已经至少吸了 100 支烟？   | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不知道   |
| 3. 过去 1 个月内，您感到气短有多频繁？   | <input type="checkbox"/> 从未 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 有时 <input type="checkbox"/> 经常 <input type="checkbox"/> 总是                                    |
| 4. 您是否曾咳出过粘液、痰之类东西？  | <input type="checkbox"/> 0 无或偶尔<br><input type="checkbox"/> 1 经常<br><input type="checkbox"/> 2 每天  |

|  |  |  |   |                         |  |
|--|--|--|---|-------------------------|--|
| 5. 过去 1 年因呼吸问题运动量比以前少了？  |  |  | <input type="checkbox"/> 0 绝对没有 <input type="checkbox"/> 1 应该有 <input type="checkbox"/> 2 肯定有 |                         |  |
| <div>慢性阻塞性肺疾病人群筛查问卷（COPD-PS）参考</div> <div>1、年龄(0, 35-49 岁；1, 50-59 岁；2, 60 岁以上)；2、吸烟(0, 否或不知道；2, 是)；3、气促(0 无/很少, 1 有时, 2 经常/总是)；4、咳出“东西”(0 无或偶尔, 经常 1, 每天 2；5、过去 1 年因呼吸问题运动量比以前少了(0 绝对没有, 1 应该有, 2 肯定有意)</div> <div>评分：_____分</div> <div>注:如果您的总分≥5 分，说明您的呼吸问题可能是慢性阻塞性肺疾病(慢阻肺)导致。如果您的总分在 0-4 分，而且您有呼吸问题，请将这份文件拿给医生看，医生会帮助评估您呼吸问题的类型。</div> |  |  |   |                         |  |
| 呼吸困难评分 MRC   |  |  |   |                         |  |
| 1. MRC 呼吸困难评分  |  | <div><input type="checkbox"/>0 级：费力运动时出现呼吸困难</div> <div><input type="checkbox"/>1 级：平地快走或爬坡时气短</div> <div><input type="checkbox"/>2 级：平地行走比同龄人慢或需要停下来休息</div> <div><input type="checkbox"/>3 级：平地行走 100 米左右或数分钟后需要停下来喘气</div> <div><input type="checkbox"/>4 级：严重呼吸困难，或在穿/脱衣服时出现呼吸困难</div> |   |                         |  |
| 慢阻肺患者自我评估测试 CAT 问卷   |  |  |   |                         |  |
| 症状   |  | 评分（分）  |   | 症状                      |  |
| 1. 我从不咳嗽   |  | 0、1、2、3、4、5  |   | 我总是在咳嗽                  |  |
| 2. 我一点痰也没有   |  | 0、1、2、3、4、5  |   | 我有很多很多痰                 |  |
| 3. 我没有任何胸闷的感觉  |  | 0、1、2、3、4、5  |   | 我有很严重的胸闷感觉              |  |
| 4. 当我爬坡或上 1 层楼梯时，没有气喘的感觉   |  | 0、1、2、3、4、5  |   | 当我爬坡或上 1 层楼梯时，感觉严重喘不过气来 |  |
| 5. 我在家里能做任何事情  |  | 0、1、2、3、4、5  |   | 我在家里做任何事情都很受影响          |  |
| 6. 尽管我有肺部疾病，但对外出很有信心   |  | 0、1、2、3、4、5  |   | 由于我有肺部疾病，对离开家一点信心都没有    |  |
| 7. 我的睡眠非常好   |  | 0、1、2、3、4、5  |   | 由于我有肺部疾病，睡眠相当差          |  |
| 8. 我精力旺盛   |  | 0、1、2、3、4、5  |   | 我一点精力都没有                |  |
| <div>评分：_____分</div> <div>注：CAT 评分为综合症状评分，分值范围 0-40 分，10 分以上为症状多。0-10 分：轻微影响；11-20 分：中等影响；21-30 分：严重影响；31-40 分：非常严重影响</div>  |  |  |   |                         |  |