

Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis
Exam 5



COPD Questionnaire

Participant Id#:

Acrostic:

Date:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

以下有關你的病史的問題，是詢問從前一次檢 ▯ 之後所發生的病史，請盡你所能來回答。

1. 你是否不能走路，不是由於呼吸短促？

- ☐ **Yes** → 從出生就有
- ☐ **No**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. 當你在平地 ▯ 行較急或走一點小坡路時，你是否有呼吸短促的問題？

- ☐ **Yes** →
- ☐ **No**

a. 由於呼吸短促，你是否比你同齡人在平地上走路慢？

- ☐ **Yes** ☐ **No** ☐ **Does not apply**

b.. 在平地上按你的 ▯ 伐走路時，你是否因為呼吸要停下來？

- ☐ **Yes** ☐ **No** ☐ **Does not apply**

c.. 當你在平地上走了大約100 ▯ 時（或幾分 ▯ 後），你是否因為呼吸要停下來？

- ☐ **Yes** ☐ **No** ☐ **Does not apply**

d.. 你是否由於呼吸太短促而不能離開家或在穿衣或 ▯ 衣時呼吸短促？

- ☐ **Yes** ☐ **No** ☐ **Does not apply**

3. 限制你走路最多的原因是什 ▯ ？

- ☐ 呼吸短促 ☐ 二者都有
- ☐ 腿或背部的問題 ☐ 二者都沒有

4. 在過去一年，你是否由於肺部疾病曾經去過急診室或住院？

- ☐ Yes ➔ 有幾次？
- ☐ No

--	--	--

5. 在過去一年，你是否曾經用過抗菌素治療肺部疾病？

- ☐ Yes ➔ 有幾次？
- ☐ No

--	--	--

6. 在過去一年，你是否曾經用過類固醇藥片或針劑治療肺部疾病，例如強的松（prednisone）或素洛美（solumedrol）？

- ☐ Yes ➔ 有幾次？
- ☐ No

--	--	--

7. 自從你前一次檢查後，你睡覺時是否需要兩個枕頭來幫助呼吸？

- ☐ Yes ☐ No ☐ Don't Know

8. 你是否在定期服用一種statin藥（控制膽固醇）？

- ☐ Yes ☐ No ☐ Don't Know

9. 你是否在定期服用一種高劑量的魚油 (例如：Lovaza)

- ☐ Yes ☐ No ☐ Don't Know

我們將問你一些可能與你的呼吸方面的有關的問題，請盡你所知道的來回答。

以下問題是關於你的呼吸或胸部的症狀，如果你對回答有或沒有有疑問，請回答沒有。

10. 在沒有感冒或流感的時候，你是否曾經有過打噴嚏，或流鼻涕的問題？

- ☐ Yes ☐ No

11. 從前一次來我們這裡檢 查 后，醫生是否曾經告訴你有以下的情況：

a. 肺炎或支氣管肺炎？

- ☐ Yes →
- ☐ No
- ☐ Don't know

從前一次來檢 查 后有過多少次肺炎或支氣管肺炎？

--	--

times

b. 慢性氣管炎？

- ☐ Yes →
- ☐ No
- ☐ Don't know

你現在還有嗎？ ☐ Yes ☐ No ☐ Don't Know

c. 其他胸部或肺部疾病，手術或損傷？

- ☐ Yes →
- ☐ No
- ☐ Don't know

please specify:

--

d. 深度靜脈血栓（DVT）

- ☐ Yes →
- ☐ No

--	--

age

--	--

times

e. 肺動脈高壓？

- ☐ Yes →
- ☐ No

--	--

age onset

f. 肺心病

- ☐ Yes →
- ☐ No

--	--

age onset

以下問題是有關你的吸煙習慣的。（現在和過去）

12. 你是否在白天的頭兩個小時內吸煙的量要比其餘的一天吸的多？

☐ Yes ☐ No

a. 哪一支煙你討厭或最討厭放棄？

☐ 一天中的第一枝煙- ☐ 天中的任何其他的煙

b. 你是否發現或曾發現在禁止吸煙的地方不吸煙很困難（例如，在工作，公共場所，飛機上）？

☐ Yes ☐ No

c. 你在病重的時候一天大部分時間在床上時是否吸煙或曾經吸煙？

☐ Yes ☐ No

d. 你現在或曾經吸薄荷煙嗎？

☐ Yes ☐ No

13. 你有沒有在過去三天內用過任何吸入劑，“噴霧”或吸入性類固醇葯（例如：albuterol (Ventolin, Proventil), salmeterol/fluticasone (Advair), ipratropium (Atrovent, Combivent), tiotropium (Spiriva), Aerobid, Azmacort, Beclovent, Flovent, Pulmicort, or Vanceril)

☐ Yes ☐ No



藥物的名稱

你最近服用的日期？

你最近服用的時間？

<input type="text"/>	<input type="radio"/> 前天	<input type="radio"/> 昨天	<input type="radio"/> 今天	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="radio"/> 前天	<input type="radio"/> 昨天	<input type="radio"/> 今天	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="radio"/> 前天	<input type="radio"/> 昨天	<input type="radio"/> 今天	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="radio"/> 前天	<input type="radio"/> 昨天	<input type="radio"/> 今天	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> M

14 你通常用氧氣嗎？

☐ Yes →

How many:

☐ No

小時/天

升/分鐘

**For MESA Field
Center Use Only:**

Interviewer ID:

Reviewer ID:

Data Entry ID: