

Lista de verificación de la EPOC

La EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) incluye bronquitis crónica y enfisema. Compartir con su médico hasta los detalles más insignificantes sobre su EPOC puede marcar una diferencia. Mientras más detalles comparta acerca de su EPOC, mejor podrá colaborar con su médico. Por lo tanto, complete este formulario y entrégueselo a su médico en su próxima cita. Podrá ayudarlo a tener una conversación más concreta acerca de su EPOC.

Desde la última cita con su médico, (marque todas las opciones que correspondan)

- ¿ha habido algún cambio en su tos?
- ¿ha habido cambios en su mucosidad/flema (cantidad, consistencia o color)?
- ¿ha habido algún cambio en su respiración (falta de aliento o dificultad para respirar)?
- ¿ha tenido algún ataque o empeoraron sus síntomas de EPOC más que las variaciones diarias típicas?
- ¿se ha sentido más cansado de lo normal o se ha estado despertando durante la noche?
- ¿ha tomado antibióticos o esteroides orales? Cantidad de días que los ha tomado: _____
- ¿ha tenido un resfriado o influenza (gripe) grave?
- ¿ha acudido a la sala de emergencias, un hospital o atención de urgencia debido a su respiración?
- ¿ha necesitado usar un inhalador de rescate en mayor o menor medida que lo normal? Cantidad de veces por semana: _____
- ¿ha fumado más o menos? ¿Estableció un plan para dejar de fumar?
- ¿ha dejado de fumar por completo?

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su respiración últimamente?
(marque todas las opciones que correspondan)

- Me falta el aliento después de hacer actividad física moderada
- Me falta el aliento cuando camino rápido o subo una pendiente pequeña
- Debido a mi respiración, camino más lento que la mayoría de las personas de mi edad
- Cuando camino, me detengo para respirar a cada minuto, incluso en terreno plano
- Me falta demasiado el aliento como para salir de casa

Especifique todas las actividades que no realiza o que se limita por tener dificultades para respirar, y analícelas con su médico. _____

- Estoy preparado para informarle detalladamente a mi médico acerca de cómo afectan mi vida los síntomas de la EPOC**

Al reverso de este formulario, haga una lista de todos los medicamentos que toma actualmente, incluidos los productos a base de hierbas y sin receta; también anote cualquier pregunta que tenga para su médico. **Lleve este formulario completo cuando acuda a su médico.**