

**סולם הענות הטיפול העצמי בחולי אי ספיקת לבעל פי האיגוד האירופאי לאי ספיקת לב**

**שם:** \_\_\_\_\_

**תאריך:** \_\_\_\_\_

לפניך מספר הצהרות המתייחסות להרגשתך ולטיפולך באי ספיקת הלב.  
 ענה/י על כל הצהרה על ידי סימון המספר המייצג אותך (מתאים לך) ביותר.  
 לכל הצהרה יש טווח תשובות בין 1 ל 5 :  
 =1 אני מסכים לחלוטין , 5 = לא מסכים כלל.  
 גם אם את/ה לא בטוח/ה לגבי הצהרה מסוימת, הקף/י את המספר המתאים ביותר להרגשתך..

מסכים לחלוטין				לא מסכים כלל	
1	2	3	4	5	1. אני שוקל את עצמי כל יום
1	2	3	4	5	2. אם יש לי קוצר נשימה אני נח/ה
1	2	3	4	5	3. אם קוצר הנשימה שלי מתגבר אני מתקשר/ת לרופא או לאחות המטפלים
1	2	3	4	5	4. אם רגליי נפוחות יותר מהרגיל אני מתקשר/ת לרופא או לאחות המטפלים
1	2	3	4	5	5. אם אני עולה מעל 2 ק"ג במהלך שבוע אחד אני מתקשר/ת לרופא או לאחות המטפלים
1	2	3	4	5	6. אני מגבילה/ה את כמות השתייה שלי (לא יותר מ 1.5-2 ליטר/ ליום)
1	2	3	4	5	7. אני נח/ה במהלך היום
1	2	3	4	5	8. אם אני מתעייף/ת יותר מהרגיל אני מתקשר/ת לרופא או לאחות המטפלים
1	2	3	4	5	9. אני מקפיד/ה על דיאטה דלת מלח
1	2	3	4	5	10. אני לוקח/ת את התרופות שלי בהתאם להוראות
1	2	3	4	5	11. אני מתחסן/ת כנגד שפעת מידי שנה
1	2	3	4	5	12. אני מתעמל/ת בקביעות