



پرسشنامه قلب ROSE
مرکز مطالعاتی کوهورت هوپزه

نام و نام خانوادگی شرکت کننده:

تاریخ تکمیل پرسشنامه: / /

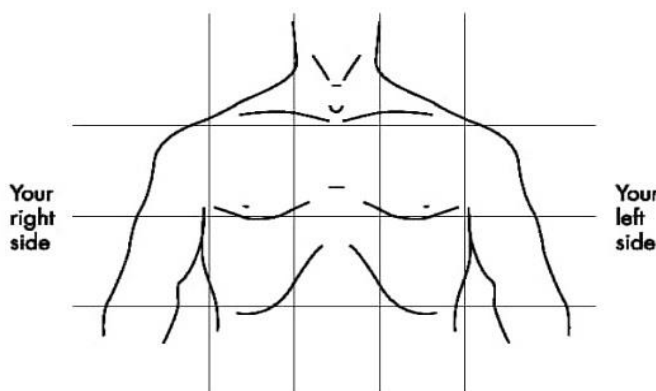
کد PCID:

تکمیل کننده پرسشنامه:

۱. آیا احساس ناراحتی در قفسه سینه می کنید؟

☐ بله ☐ خیر

۲. در کدام قسمت قفسه سینه احساس درد یا ناراحتی می کنید؟ با علامت * روی تصویر نشان دهید.



۳. آیا پیاده روی در سطح صاف موجب درد و ناراحتی در قفسه سینه شما می شود؟

☐ بله ☐ خیر ☐ ناتوان در انجام

۴. زمانی که با عجله یا در مسیر سربالایی راه می روید احساس درد در قفسه سینه می کنید؟

☐ بله ☐ خیر ☐ ناتوان در انجام

۵. زمانی که درد یا ناراحتی در قفسه سینه حین پیاده روی دارید چه می کنید؟

☐ می ایستید ☐ سرعت خود را کم می کنید

☐ با همان سرعت به پیاده روی خود ادامه می دهید ☐ غیر قابل انجام

۶. آیا دردتان در قفسه سینه با ثابت ایستادن ادامه می یابد؟

☐ بله ☐ خیر

۷. دردتان در قفسه سینه چه مدت طول می کشد؟

☐ ۱۰ دقیقه یا کمتر ☐ بیش از ۱۰ دقیقه