

WYWIAD ZDROWOTNY – GÓRNE DROGI ODDECHOWE – DOROŚLI (od 11 r. ż.)

Imię i nazwisko:, data urodzenia:

Proszę otoczyć właściwą odpowiedź (T=tak, N=nie) np. T N

I. NOS, USZY, GARDŁO

Główna dolegliwość dotyczy: nosa, gardła, uszu.

Od kiedy występują dolegliwości większe nasilenie latem / zimą

Choroby w ciągu ostatnich 12 miesięcy

zapalenie zatok	N	1x	2-4x	5x i więcej	zapalenie oskrzeli	N	1x	2-4x	5x i więcej
zapalenie gardła	N	1x	2-4x	5x i więcej	zapalenie płuc	N	1x	2-4x	5x i więcej
opryszczka	N	1x	2 razy						

Stosowanie antybiotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy N 1x 2-4x 5x i więcej

1. NOS

Utrudnione oddychanie/zablokowanie nosa	T	N
Która strona	PRAWA/LEWA	
Utrzymujący się nawracający katar	T	N
Spływanie wydzieliny z nosa do gardła	T	N
Suchość w nosie	T	N
Katar sienny	T	N
Uciążliwe kichanie	T	N
Krwawienie z nosa	T	N
Zaburzenia węchu	T	N
Uraz nosa (jeśli TAK, kiedy?)	T	N

2. Bóle głowy

Z boku = okolice zatok szczękowych	T	N
Czoło	T	N
Okolica skroniowa	T	N
Czubek głowy	T	N
Tył głowy	T	N
Podczas lotu samolotem	T	N
Podczas nurkowania	T	N

3. Gardło

Nawracające anginy	T	N
Bóle	T	N
Suchość	T	N
Potrzeba odchrząkiwania	T	N

4. Uszy

ból	T	N
swędzenie	T	N
blokowanie	T	N
Oslabienie sluchu	T	N
szumy	T	N

5. Inne

astma	T	N
Zaburzenia smaku	T	N
Zaburzenia równowagi	T	N
Utrzymujące się stany podgorączkowe	T	N
Przebyte operacje laryngologiczne	T	N
Jakie? Kiedy?		
.....		

6. Ogólne

Palenie papierosów	T	N
Uczulenia skórne / pokarmowe / wziewne	T	N
Na co?		
.....		
Uczulenia na leki, jakie?	T	N
.....		
Inne choroby wymagające stałego	T	N
Przyjmowania leków, jakie?	T	N
.....		
Stosowanie donosowo (obecnie/w przeszłości)		

Nieprzyjemny zapach z ust T N Kokainy, tabaki, innych środków, jakich? T N
Chrypka T N

II CHRAPANIE – wypełniają osoby, u których występuje chrapanie

Proszę zaznaczyć kółkiem właściwą odpowiedź.

1. Nasilenie chrapania

Nie występuje zakłócające sen partnera
Delikatnie, nie przerywające snu partnera intensywne, uciążliwe dla domowników

2. Bezdechy w czasie snu (zauważone przez otoczenie)

Nigdy 1-4/godz. 5-10/godz. >10

3. Budzenie się w nocy

Nigdy 1xw ciągu nocy 2-4 x w ciągu nocy >5 x w ciągu nocy

4. Budzenie się rano z zaschniętymi ustami / językiem T N

5. Bóle głowy rano po obudzeniu

Nigdy rzadko często bardzo często

6. Zmęczenie / trudności w koncentracji w ciągu dnia

Nigdy rzadko często bardzo często

7. Trudności w pracy / zmniejszenie wydajności wynikające z senności

Nigdy rzadko często bardzo często

Wśród powyższych objawów (pkt. 1-7) proszę podkreślić 3 najbardziej uciążliwe

III. SKALA SENNOŚCI EPWORTH'A – wypełniają osoby, u których występuje chrapanie

Z jaką łatwością Pan/i zapadłby w drzemkę / zasnął w sytuacjach opisanych poniżej?

Skala odpowiedzi: 0 – nigdy 2 – średnia możliwość

1 – mała możliwość 3 – duża możliwość

- | | | | |
|--|----------------------|--|----------------------|
| 1. Siedząc lub czytając | <input type="text"/> | 5. Po południu, leżąc | <input type="text"/> |
| 2. Oglądając TV | <input type="text"/> | 6. Siedząc, w trakcie rozmowy z inną osobą | <input type="text"/> |
| 3. Siedząc w miejscu publicznych,
Np.: w teatrze, na zebraniu | <input type="text"/> | 7. Po obiedzie, bez alkoholu, siedząc w
cichym i spokojnym miejscu | <input type="text"/> |
| 4. Podczas godzinne, monotonnej
Jazdy samochodem jako pasażer | <input type="text"/> | 8. Podczas prowadzenia samochodu, w
trakcie kilkuminutowego oczekiwania w korku | <input type="text"/> |

IV. INNE DOLEGLIWOŚCI:

Data: Podpis Pacjenta: