

WYWIAD ZDROWOTNY – GÓRNE DROGI ODDECHOWE – DOROŚLI (OD 11 ROKU ŻYCIA)

Imię i nazwisko: Data urodzenia:

I. NOS, USZY, GARDŁO

Od kiedy występują dolegliwości? Większe nasilenie: **latem / zimą**

Choroby w ciągu ostatnich 12 miesięcy

- zapalenie zatok ☐ Nie ☐ 1X ☐ 2-4 X ☐ 5X i więcej - zapalenie oskrzeli ☐ Nie ☐ 1X ☐ 2-4 X ☐ 5X i więcej
- zapalenie gardła ☐ Nie ☐ 1X ☐ 2-4 X ☐ 5X i więcej - zapalenie płuc ☐ Nie ☐ 1X ☐ 2-4 X ☐ 5X i więcej
- opryszczka ☐ Nie ☐ 1 raz ☐ 2 razy
- Stosowanie antybiotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy: ☐ Nie ☐ 1 raz ☐ 2-4 razy ☐ 5 razy i więcej

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

1. Nos		4. Uszy	
Utrudnione oddychanie/ zablokowanie nosa	T N	Ból	T N
Jeśli TAK - która strona?	Prawa/lewa	Swędzenie	T N
Utrzymujący się nawracający katar	T N	Osłabienie słuchu	T N
Spywanie wydzieliny z nosa do gardła	T N	Szumy	T N
Suchość w nosie	T N	5. Inne	
Katar sienny	T N	Astma	T N
Uciążliwe kichanie	T N	Zaburzenia smaku	T N
Krwawienie z nosa	T N	Zaburzenia równowagi	T N
Zaburzenia węchu	T N	Utrzymujące się stany podgorączkowe	T N
Uraz nosa (jeśli TAK, kiedy?)	T N	Przebyte operacje laryngologiczne	T N
.....		Jakie? Kiedy?	
2. Bóle głowy			
Z boku - okolice zatok szczękowych	T N	6. Ogólne	
Czoło	T N	Palenie papierosów	T N
Okolica skroniowa	T N	Uczulenie skórne/ pokarmowe/ wziewne	T N
Czubek głowy	T N	Na co?	
Tył głowy	T N		
Podczas lotu samolotem	T N	Uczulenia na leki	T N
Podczas nurkowania	T N	Jakie?	
3. Gardło		Inne choroby wymagające stałego	
Nawracające anginy	T N	Przyjmowania leków.	T N
Bóle	T N	Jakie?	
Suchość	T N		
Potrzeba odchrząkiwania	T N	Stosowanie donosowo (obecnie lub 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

1. Nasilenie chrapania

- ☐ Nie występuje
 ☐ Zakłócające sen partnera
☐ Delikatne, nieprzerywające 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
 ☐ 1 raz w ciągu nocy
 ☐ 2-4 razy w ciągu nocy
 ☐ >5 razy w ciągu nocy

4. Budzenie się rano z zaschniętymi ustami/ językiem ☐ Tak ☐ Nie

5. Ból 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 zapada Pan/Pani w drzemkę lub zasypia w sytuacjach opisanych poniżej?

Skala odpowiedzi: 0 – nigdy, 1 – mała możliwość, 2 – średnia możliwość, 3 – duża możliwość

Siedząc lub czytając	☐	Po południu, leżąc	☐
Oglądając TV	☐	Siedząc, w trakcie rozmowy z inną osobą	☐
Siedząc w miejscu publicznym,		Po obiedzie, bez alkoholu, siedząc w cichym	
Np.: w teatrze, na zebraniu	☐	I spokojnym miejscu	☐
Podczas godzinnej, monotonnej		Podczas prowadzenia samochodu,	
jazdy samochodem jako pasażer	☐	w trakcie kilkuminutowego oczekiwania w	☐
		korku	

IV. INNE DOLEGLIWOŚCI

.....

.....

Data: Podpis Pacjenta: