



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΛΙΓΓΟΥ

ΑΣΘΕΝΗΣ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

Έκδοση: 1.0

ΔΡ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ MD, PhD, MRCS (Glasg.), DOHNS (Glasg.)

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Δ' ΩΡΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ - METROPOLITAN GENERAL HOSPITAL

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στο αίσθημα ζάλης που έχετε. Παρακαλώ απαντήστε με ένα “ναι” ή “όχι” και συμπληρώστε όλα τα κενά.

Περιγράψτε με δικά σας λόγια την αίσθηση που έχετε όταν ζαλίζεστε χωρίς να χρησιμοποιήσετε τη λέξη “ζάλη”:

I. Είχατε ποτέ κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα;

Νιώθω να γυρίζω σε κύκλους	Ναι	Όχι
Νιώθω να γέρνω προς τη μία πλευρά	Ναι	Όχι
Ο κόσμος γυρίζει γύρω μου	Ναι	Όχι

II. Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στα χαρακτηριστικά της ζάλης σας:

Η ζάλη έρχεται σε επεισόδια;	Ναι	Όχι
Πόσο συχνά; _____		
Ημερομηνία πρώτου επεισοδίου; _____		
Επηρεάζεται η ακοή σας από το επεισόδιο ζάλης;	Ναι	Όχι
Ζαλίζεστε περισσότερο όταν κάθεστε ή σηκώνεστε γρήγορα;	Ναι	Όχι
Ζαλίζεστε περισσότερο σε συγκεκριμένες θέσεις;	Ναι	Όχι
Ποιές θέσεις; _____		

Νιώθετε ναυτία κατά τη διάρκεια του επεισοδίου	Ναι	Όχι
Ζαλίζεστε ακόμα και ξαπλωμένος;	Ναι	Όχι
Προηγήθηκε κρυολόγημα ή γρίπη προ του επεισοδίου ζάλης;	Ναι	Όχι
Είχατε ποτέ βούλωμα, πίεση ή βουητό στα αυτιά;	Ναι	Όχι
Είχατε πρόσφατα πόνο ή υγρό σε κάποιο αυτί;	Ναι	Όχι
Είχατε ποτέ πρόβλημα να περπατάτε στο σκοτάδι;	Ναι	Όχι
Αισθάνεστε καλύτερα όταν κάθεστε ή ξαπλώνετε;	Ναι	Όχι
Οι δυνατοί θόρυβοι σας προκαλούν ζάλη;	Ναι	Όχι

III. Τα παρακάτω αφορούν σε συμπτώματα που μπορεί να έχετε:

Μαυρίζουν τα πράγματα ή λιποθυμάτε όταν ζαλίζεστε;	Ναι	Όχι
Είχατε καθόλου:		
Έντονους ή επαναλαμβανόμενους πονοκεφάλους;	Ναι	Όχι
Ευαισθησία στο φως με τη ζάλη ή τον πονοκέφαλο;	Ναι	Όχι
Διπλή ή θολή όραση;	Ναι	Όχι
Μούδιασμα στο πρόσωπο ή τα άκρα;	Ναι	Όχι
Αδυναμία σε χέρια ή πόδια;	Ναι	Όχι

Μπερδεμένο λόγο ή δυσκολία να μιλήσετε;	Ναι	Όχι
Δυσκολία να καταπιείτε;	Ναι	Όχι
Μυρμήγκιασμα γύρω από το στόμα;	Ναι	Όχι
Σημαδάκια στην όραση;	Ναι	Όχι
Τινάγματα χεριών ή ποδιών;	Ναι	Όχι
Κρίσεις επιληπτικές;	Ναι	Όχι
Σύγχυση ή απώλεια μνήμης;	Ναι	Όχι
Πρόσφατο χτύπημα στο κεφάλι; (Αν ναι, αναλύστε)	Ναι	Όχι

IV. Τα παρακάτω αφορούν στην ακοή σας. Ποιά πλευρά επηρεάστηκε:

Βαρηκοΐα από το ένα αυτί;	Ναι	Αριστερό	Δεξί	Άμφω	Όχι
Βουητό στο ένα αυτί;	Ναι	Αριστερό	Δεξί	Άμφω	Όχι
Βούλωμα στο ένα αυτί;	Ναι	Αριστερό	Δεξί	Άμφω	Όχι
Άλλαξε η ακοή με τη ζάλη;	Ναι	Αριστερό	Δεξί	Άμφω	Όχι

Είχατε ποτέ ένα από τα ακόλουθα;

Πόνο στα αυτιά;	Ναι	Αριστερό	Δεξί	Άμφω	Όχι
Τρέχει υγρό από τα αυτιά;	Ναι	Αριστερό	Δεξί	Άμφω	Όχι
Αλλαγή στην ακοή σας;	Ναι	Αριστερό	Δεξί	Άμφω	Όχι
Καλύτερα;	Ναι	Αριστερό	Δεξί	Άμφω	Όχι
Χειρότερα;	Ναι	Αριστερό	Δεξί	Άμφω	Όχι
Έκθεση σε δυνατούς θορύβους;				Ναι	Όχι
Δυσκολία να καταπιείτε;				Ναι	Όχι
Ωτίτιδες στο παρελθόν;				Ναι	Όχι
Τραυματισμό στα αυτιά;				Ναι	Όχι
Επεμβάσεις στα αυτιά;				Ναι	Όχι
Τι επέμβαση; _____					
Κληρονομικό ιστορικό βαρηκοΐας;				Ναι	Όχι

V. Τα παρακάτω αφορούν σε συνήθειες και τρόπο ζωής:

Έχετε αυξημένο στρες τελευταία;		Ναι	Όχι
Έχετε ζάλη ή αστάθεια συνέχεια;		Ναι	Όχι
Σχετίζεται η ζάλη σας με:			
Στιγμές στρες;		Ναι	Όχι
Την έμμηνο ρύση;		Ναι	Όχι
Υπερκόπωση;		Ναι	Όχι
Έχετε τάση λιποθυμίας όταν ζαλίζεστε;		Ναι	Όχι
Αναπνέετε γρήγορα ή βαθιά όταν ζαλίζεστε ή όταν είστε σε ένταση;		Ναι	Όχι
Αλλάξατε πρόσφατα γυαλιά;		Ναι	Όχι
Νιώσατε ποτέ αδυναμία ή τάση λιποθυμίας λίγες ώρες μετά από γεύμα;		Ναι	Όχι
Πίνετε καφέ;	Αν ναι, πόσο; _____	Ναι	Όχι
Πίνετε τσάι;	Αν ναι, πόσο; _____	Ναι	Όχι
Πίνετε αναψυκτικά;	Αν ναι, πόσο; _____	Ναι	Όχι
Πίνετε αλκοόλ;	Αν ναι, πόσο; _____	Ναι	Όχι
Καπνίζετε;	Αν ναι, πόσο; _____	Ναι	Όχι
Ατμίζετε;		Ναι	Όχι

Ατομικό αναμνηστικό:

Παρακαλώ αναφέρετε προβλήματα υγείας που έχετε και χρόνο έναρξης:

Παρακαλώ αναφέρετε χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες έχετε υποβληθεί και πότε:

Παρακαλώ αναφέρετε αλλεργίες σας (συμπεριλαμβανομένων των φαρμακευτικών)

Παρακαλώ αναφέρετε φάρμακα που λαμβάνετε:

Έχετε καθόλου προηγούμενες εξετάσεις (ακουολογικές απεικονιστικές, κλπ);

Υπάρχει στην οικογένειά σας ιστορικό:

Ημικρανίας;	Ναι	Όχι
Υπέρτασης	Ναι	Όχι
Υπότασης;	Ναι	Όχι
Διαβήτη;	Ναι	Όχι
Υπογλυκαιμίας;	Ναι	Όχι
Προβλημάτων θυρεοειδούς αδένος;	Ναι	Όχι
Άσθματος;	Ναι	Όχι

Παρακαλώ αναφέρετε νοσήματα που εμφανίσθηκαν στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον σας:

Γενικά συμπτώματα:

Πρόσφατη απώλεια βάρους Πυρετός Κόπωση

Μάτια:

Απώλεια όρασης	Αριστερά	Δεξιά	Άμφω
Πόνος	Αριστερά	Δεξιά	Άμφω
Δακρύζουν/υγρό	Αριστερά	Δεξιά	Άμφω

ΩΡΛ:

Κνησμός ωτών	Αδυναμία προσώπου	Βουλωμένη μύτη	Ροχαλητό
Ρινορραγία	Προβλήματα δοντιών	Μύξες	Σιελόρροια
Απώλεια όσφρησης	Δυσκολία αναπνοής	Ρινορραγία	Φτέρνισμα
Βλάβη στο στόμα	Δυσκολία μάσησης	Μάζα στη μύτη	Αιμόπτυση
Πόνος κατάποσης	Κάψιμο στο στήθος	Μάζα στον λαιμό	Πονόλαιμος
Αλλαγή φωνής			

Καρδιαγγειακό:

Πόνος στο στήθος	Αρρυθμία	πρήξιμο στα πόδια
Πόνος στα πόδια με τη βάδιση		Πόνος στα πόδια κατά τη στάση

Αναπνευστικό

Συριγμός	Βήχας	Δύσπνοια	Βλέννα
Αιμόπτυση			

Γαστρεντερικό:

Απώλεια όρεξης	Αίμα στα κόπρανα	Ναυτία/έμετοι	Διάρροια
Δυσκαταποσία	Τροφική δυσανεξία	Δυσκοιλιότητα	Δυσπεψία

Μυοσκελετικό:

Πόνος αυχένα	Πόνος αρθρώσεων	Ναυτία/έμετοι	Διάρροια
Αρθρίτιδα	Αν ναι, σε ποιές αρθρώσεις:	<hr/>	

Δέρμα:

Εξάνθημα

Ίκτερος

Πρόσφατη αλωπεκία

Νευρολογικό:

Πονοκέφαλος

Απώλεια αισθήσεων

Επιληψία

Παράλυση

Τρόμος

Ψυχιατρική:

Αϋπνία

Κατάθλιψη

Φάρμακα

Αν ναι, ποιά; _____

Ενδοκρινείς αδένες:

Προβλήματα με τον θυρεοειδή αδένα

Δυσανεξία στο κρύο ή τη ζέστη

Υπερβολική πείνα, δίψα ή διούρηση

Αυξημένη εφίδρωση

Ουροποιητικό:

Επώδυνη ούρηση

Αφροδίσιο νόσημα

Αιματουρία

Συχνουουρία

Δυσκολία κατά την ούρηση

Ανικανότητα

Αιμοποιητικό:

Αναιμία

Αιμορραγώ εύκολα

Μελανιάζω εύκολα

Έχετε κάτι άλλο να μας πείτε για το συγκεκριμένο πρόβλημα για το οποίο δεν έχετε ερωτηθεί από το ερωτηματολόγιο;

Ιατρική εξέταση:

Υπογραφή ιατρού: _____

Ημερομηνία: _____