

Korábbi vagy jelenlegi **BŐR** tünetek esetén kitöltendő!!!

Atópiás dermatitis, Psoriasis, Ekzema ...

POEM önálló kitöltésre

A beteg adatai: _____

Kitöltés dátuma: _____

Kérjük, karikázzon be egy-egy választ az ön ekcémájához kapcsolódó alábbi hét kérdés mindegyikénél!
Kérjük, ne jelöljön meg semmit azon kérdéseknél, amelyekre úgy érzi, hogy nem tud válaszolni!

1. Az elmúlt hét során hány napon fordult elő, hogy viszketett a bőre az ekcéma miatt?

Egy napon sem 1-2 napon 3-4 napon 5-6 napon Mindennap

2. Az elmúlt hét során hány éjszakán fordult elő, hogy nyugtalanul aludt az ekcéma miatt?

Egy éjszaka sem 1-2 éjszaka 3-4 éjszaka 5-6 éjszaka Minden éjszaka

3. Az elmúlt hét során hány napon fordult elő, hogy vérzett a bőre az ekcéma miatt?

Egy napon sem 1-2 napon 3-4 napon 5-6 napon Mindennap

4. Az elmúlt hét során hány napon fordult elő, hogy a bőre nedvedzett, váladékozott, vagy a bőrén kialakult hólyagokból átlátszó folyadék szivárgott az ekcéma miatt?

Egy napon sem 1-2 napon 3-4 napon 5-6 napon Mindennap

5. Az elmúlt hét során hány napon fordult elő, hogy a bőre repedezett volt az ekcéma miatt?

Egy napon sem 1-2 napon 3-4 napon 5-6 napon Mindennap

6. Az elmúlt hét során hány napon fordult elő, hogy hámlott a bőre az ekcéma miatt?

Egy napon sem 1-2 napon 3-4 napon 5-6 napon Mindennap

7. Az elmúlt hét során hány napon fordult elő, hogy a bőrét száraznak vagy érdesnek érezte az ekcéma miatt?

Egy napon sem 1-2 napon 3-4 napon 5-6 napon Mindennap

POEM össz pontszám (maximum 28): _____

Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

CRS

ASZTHMA

CRS

MINI AQLQ kérdőív (Asthma bronchiale)
Bármely asztmás jellegű tünet esetén kitöltendő!

Kérjük válaszoljon **valamennyi** kérdésre azon szám bekarikázásával, amely legjobban leírja, hogy volt **az elmúlt 2 hét** folyamán **asztmája következtében**.

	Állandóan	Az idő nagy részében	Az idő jelentős részében	Az idő egy részében	Az idő kis részében	Szinte soha	Soha
1. Érzett LÉGSZOMJAT asztmája miatt?	1	2	3	4	5	6	7
2. Érezte, hogy zavarja a POR, vagy kerülnie kellett helyeket a POR miatt?	1	2	3	4	5	6	7
3. Érezte magát FRUSZTRÁLTNAK asztmája miatt?	1	2	3	4	5	6	7
4. Zavarta a KÖHÖGÉS?	1	2	3	4	5	6	7
5. FÉLT attól, hogy NEM LESZ KÉZNÉL ASZTMA GYÓGYSZERE?	1	2	3	4	5	6	7
ORRTÜNETEK							
6. Érzett MELLKASI SZORÍTÁST VAGY NYOMÁST?	1	2	3	4	5	6	7
7. Érezte, hogy zavarja a CIGARETTAFÜST, vagy kerülnie kellett helyeket CIGARETTAFÜST miatt?	1	2	3	4	5	6	7
8. VOLT NEHÉZSÉGE asztmája miatt abban, hogy ÉJJEL JÓL KIALUDJA MAGÁT?	1	2	3	4	5	6	7

Kérjük válaszoljon **valamennyi** kérdésre azon szám bekarikázásával, amely legjobban leírja, hogy volt **az elmúlt 2 hét** folyamán **asztmája következtében**.

	Állandóan	Az idő nagy részében	Az idő jelentős részében	Az idő egy részében	Az idő kis részében	Szinte soha	Soha
9. NYUGTALANÍTOTTA, Hogy ASZTMÁJA VAN?	1	2	3	4	5	6	7

ÁLTALÁBAN, AZ ELMÚLT KÉTHETES IDŐSZAKOT TEKINTVE, AZ IDŐ MEKKPRA RÉSZÉBEN:

	Állandóan	Az idő nagy részében	Az idő jelentős részében	Az idő egy részében	Az idő kis részében	Szinte soha	Soha
10. Észlelt SÍPOLÁST a mellkasában?	1	2	3	4	5	6	7

11. Érezte, hogy zavarja az IDŐJÁRÁS VAGY A LEVEGŐ SZENNYEZETTSÉGE vagy kerülnie kellett, hogy kimenjen a levegőre az IDŐJÁRÁS VAGY A LEVEGŐ SZENNYEZETTSÉGE miatt?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

MENNYIRE KORLÁTOZTA AZ ELMÚLT KÉTHETES IDŐSZAKOT TEKINTVE AZ ALÁBBI TEVÉKENYSÉGEK ELVÉGZÉSÉBEN ASZTMÁJA?

	Teljesen korlátozta	Túlnyomóan korlátozta	Erősen korlátozta	Közepesen korlátozta	Mérsékelten korlátozta	Kevésbé korlátozta	Egyáltalán nem korlátozta
--	---------------------	-----------------------	-------------------	----------------------	------------------------	--------------------	---------------------------

12. MEGTERHELŐ TEVÉKNYSÉGEK (például sietés, tornázás, lépcsőn felszaladás, sportok)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

13. KÖZEPESEN MEGTERHELŐ TEVÉKNYSÉGEK (például séta, házimunka, kertészkedés, bevásárlás, lépcsőn felmenés)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

MENNYIRE KORLÁTOZTA AZ ELMÚLT KÉTHETES IDŐSZAKOT TEKINTVE AZ ALÁBBI TEVÉKENYSÉGEK ELVÉGZÉSÉBEN
ASZTMÁJA?

	Teljesen korlátozta	Túlnyomóan korlátozta	Erősen korlátozta	Közepesen korlátozta	Mérsékelten korlátozta	Kevésbé korlátozta	Egyáltalán nem korlátozta
14. KÖZÖSSÉGI TEVÉKENYSÉGEK (például beszélgetés, játék háziállatokkal/ gyerekekkel, rokonok / barátok látogatása)	1	2	3	4	5	6	7
15. FOGLALKOZÁSÁVAL KAPCSOLATOS TEVÉKENYSÉGEK (munkája során elvégzendő feladatok*)	1	2	3	4	5	6	7

* Ha nem alkalmazott vagy magánvállalkozó, ezek olyan feladatok, melyeket a legtöbb napon végeznie kell.

CRS

SZEMTÜNETEK

CRS

MINI RQLQ kérdőív (Rhinoconjunctivitis)
Bármely szemtünet esetén kitöltendő!

Válaszoljon az **összes** kérdésre annak a számnak a bekarikázásával, amely legjobban leírja, hogy mennyire **zavarták orr/szem tünete**i az elmúlt héten.

Nem zavarták	Alig zavarták	Kissé zavarták	Közepesen zavarták	Meglehetősen zavarták	Nagyon zavarták	Rendkívül zavarták
-----------------	------------------	-------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------	-----------------------

TEVÉKENYSÉGEK

1. RENDSZERES OTTHONI ÉS MUNKAHELYI TEVÉKENYSÉGEI (foglalkozása vagy otthoni és/vagy kert körül végzett rendszeres feladatai)	0	1	2	3	4	5	6
2. SZABADIDŐS TEVÉKENYSÉGEI (Otthoni vagy házon kívüli tevékenységei barátokkal vagy a családdal, sport, társasági élet, hobbk)	0	1	2	3	4	5	6
3. ALVÁS (nem kielégítő éjszakai alvás és/vagy elalvási nehézség)	0	1	2	3	4	5	6

GYAKORLATI PROBLÉMÁK

4. ORRA VAGY SZEME DÖRZSÖLÉSÉNEK SZÜKSÉGESSÉGE	0	1	2	3	4	5	6
5. GYAKORI ORRFÚJÁS SZÜKSÉGESSÉGE	0	1	2	3	4	5	6

ORRTÜNETEK

6. TÜSSZENTÉS	0	1	2	3	4	5	6
7. ORRDUGULÁS	0	1	2	3	4	5	6
8. ORRFOLYÁS	0	1	2	3	4	5	6

Nem zavarták	Alig zavarták	Kissé zavarták	Közepesen zavarták	Meglehetősen zavarták	Nagyon zavarták	Rendkívül zavarták
-----------------	------------------	-------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------	-----------------------

SZEMTÜNETEK

9. SZEMVISZKETÉS	0	1	2	3	4	5	6
10. SZÚRÓ VAGY ÉGŐ ÉRZÉS A SZEMBEN	0	1	2	3	4	5	6
11. KÖNNYEZÉS	0	1	2	3	4	5	6

EGYÉB TÜNETEK

12. FÁRADÉKONYSÁG, ENERGIAHIÁNY	0	1	2	3	4	5	6
13. SZOMJÚSÁG	0	1	2	3	4	5	6
14. INGERLÉKENYSÉG	0	1	2	3	4	5	6

Allergiás Nátha (Rhinitis allergica)

Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

CRS

Mióta van allergies náthája?

év

Rendkívül
súlyos
mértékben
zavarják

Összeségében mennyire zavarják Önt
az allergiás náthás tünetei a **MAI** napon?

Jelölje be a skálán, majd az értéket írja a négyzetbe!

0 = egyáltalán nem zavarják

100= rendkívül súlyos mértékben zavarják

Mire allergiás?

Jelölje meg „X”, –el, amikre allergiás!

Házipor atka ☐

Fűk- fák pollenjei ☐

gombák ☐

Kutyaszőr ☐

macskaszőr ☐

egyéb ☐

Írja ide, hogy mire:



Egyáltalán **NEM**
zavarják

Általános Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

CRS

Minden vizit alkalmával kitöltendő!

A válaszokat az előző vizit óta eltelt időszakra vonatkozóan adja meg!

Milyennek ítéli a szaglását?

(Karikázzon be egy helyes választ az alábbi válaszok közül.)

- 0 - nincs tünet (szaglása kitűnő, nincs szaglásával kapcsolatban panasza.
- 1 - enyhe szagláscsökkenése van
- 2 - közepes szagláscsökkenése van
- 3 - súlyos szagláscsökkenése van

Mennyire érzi gátoltnak az orrlégzését?

(Húzzon egy vonalat az egyenesre ott, ami legjobban jellemzi az orrlégzési panaszát. A skálán a nulla jelzés a “nem zavaró”-t jelenti, a 10-es “az elképzelhető legrosszabb”-panaszt jelzi.



Szaglászavara milyen típusu?

(Jelöljön be egy helyes választ az alábbiak közül.)

- ☐ - Szaglása normális, nincs panasza
- ☐ - Szaglása csökkent (hyposmia)
- ☐ - Szaglása erősödött (hyperosmia)
- ☐ - Szaglása megszűnt, (anosmia)
- ☐ - Tévesen érzi a szagokat (parosmia)

Általános Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

CRS

Orrdugulását, orr dugultság érzetét milyennek ítéli?

(Karikázzon be egy helyes választ az alábbi válaszok közül.)

- 0 - Nincs tünet, nincs orrdugultság érzete.
- 1 - Enyhe orrdugultság érzés tünetei (jelen van, de könnyen tolerálható)
- 2 - Közepes orrdugultság érzés tünetei (zavaró tünetek, de tolerálható)
- 3 - Súlyos orrdugultság érzés tünetei (nehezen tolerálható, a napi aktivitást súlyosan zavarja.)

Orrfolyását, orrváladékozását milyennek ítéli?

(Karikázzon be egy helyes választ az alábbi válaszok közül.)

- 0 - Nincs tünet
- 1 - Enyhe orrfolyás érzés tünetei
- 2 - Közepes orrfolyás érzés tünetei
- 3 - Súlyos orrfolyás érzés tünetei

Garatváladékozását milyennek ítéli? (Karikázzon be egy helyes választ az alábbi válaszok közül.)

- 0 - Nincs tünet
- 1 - Enyhe garatváladékozás érzés
- 2 - Közepes garatváladékozás érzés
- 3 - Súlyos garatváladékozás érzés

Az elmúlt egy hét (!) alapján milyennek ítéli meg a krónikus melléküreg gyulladásához kapcsolódó szubjektív tüneteit? (Karikázzon be egy helyes választ az alábbi válaszok közül.)

- ☐ -Tünetmentes
- ☐ -Enyhe tünetek
- ☐ -Közepes tünetek
- ☐ -Súlyos tünetek

Általános

Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

CRS

A saját megítélése és véleménye szerint Ön mennyire elégedett a krónikus melléküreg gyulladásra kapott eddigi kezeléssel? (Karikázzon be egy helyes választ az alábbi válaszok közül.)

- ☐ -Nagyon elégedett
- ☐ -Elégedett
- ☐ -Nem tudja eldönteni
- ☐ -Elégedetlen
- ☐ -Nagyon elégedetlen

Általános Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

CRS

NOSE score

Válassza ki és tegyen egy “X” –et az alábbi táblázatban ahhoz az állításhoz, amely legjobban jellemzi a függőleges oszlopban felsorolt panaszait, tüneteit.

	Nem okozott problémát	Enyhe fokú a probléma	Közepes mértékű a probléma	Jelentős mértékű, nagy probléma	Súlyos mértékű probléma
Orrtelítettség, orrdugulás érzése	0	1	2	3	4
Gátolt orrlégzés, orrlégzési képtelenség	0	1	2	3	4
Az orron át való légzés nehézséget okoz	0	1	2	3	4
Zavart alvás	0	1	2	3	4
Fizikai terhelés, gyakorlat során nem kapok elég levegőt orron keresztül	0	1	2	3	4

Válassza ki és karikázza be a következő oldalon található táblázatban azt az állítást, amely legjobban jellemzi a függőleges oszlopban felsorolt panaszait, tüneteit. Ezt követően a panaszok közül válasszon ki maximum ötöt, amelyek legjobban befolyásolják az egészségét.

Általános Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

CRS

SNOT-22

ORMELLÉKTÜREGGEL KAPCSOLATOS ÉRTÉKELŐ KÉRDŐÍV (SNOT-22)

AZONOSÍTÓ: _____

DÁTUM: _____

Az alábbiakban felsoroljuk az orrmelléktüreg-gyulladás tüneteit és szociális/érzelmi következményeit. Szeretnénk többet tudni ezekről a problémákról, ezért hálásak lennénk, ha a legjobb tudása szerint válaszolna az alábbi kérdésekre. Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok, és csak Ön tudja megadni nekünk ezeket az információkat. Kérjük, annak alapján értékelje a problémáit, amilyenek azokat az elmúlt két hét során tapasztalta. Köszönjük részvételét! Nyugodtan kérjen segítséget, ha szükséges.

1. Kérjük, gondolja végig, hogy a probléma mennyire súlyos, amikor tapasztalja, és hogy milyen gyakran jelentkezik, majd ennek alapján az alábbi tételek mindegyikénél adja meg, hogy az mennyire „rossz”. Ehhez az alábbi skálán karikázza be azt a számot, amelyik megfelel annak, ahogy érzi magát: →	Nem probléma	Nagyon enyhe probléma	Enyhe vagy csekély probléma	Közepesen súlyos probléma	Súlyos probléma	A lehető legsúlyosabb probléma	Az 5 legfontosabb probléma
1. Orrfújási kényszer	0	1	2	3	4	5	☐
2. Orrdugulás	0	1	2	3	4	5	☐
3. Tüsszögés	0	1	2	3	4	5	☐
4. Orrfolyás	0	1	2	3	4	5	☐
5. Köhögés	0	1	2	3	4	5	☐
6. Garat váladékozás	0	1	2	3	4	5	☐
7. Sűrű orrváladékozás	0	1	2	3	4	5	☐
8. Földugulás	0	1	2	3	4	5	☐
9. Szédülés	0	1	2	3	4	5	☐
10. Fülfájás	0	1	2	3	4	5	☐
11. Arcfájás, nyomásérzés az arcban	0	1	2	3	4	5	☐
12. Csökkent szaglás/ízérzékelés	0	1	2	3	4	5	☐
13. Elalvási nehézség	0	1	2	3	4	5	☐
14. Éjszakai felébredés	0	1	2	3	4	5	☐
15. A jó éjszakai alvás hiánya	0	1	2	3	4	5	☐
16. Fáradtan ébredés	0	1	2	3	4	5	☐
17. Fáradtság	0	1	2	3	4	5	☐
18. Csökkent teljesítőképesség	0	1	2	3	4	5	☐
19. Csökkent koncentrálóképeség	0	1	2	3	4	5	☐
20. Frusztráltság/nyugtalanág/ingerlékenység	0	1	2	3	4	5	☐
21. Szomorúság	0	1	2	3	4	5	☐
22. Feszélyeztettség	0	1	2	3	4	5	☐

2. Kérjük, jelölje meg az egészségét befolyásoló legfontosabb problémákat (legfeljebb 5-öt) _____ ↑

Általános Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

CRS

EQ-5D- 5L Egészségkérdőív

Kérem jelölje meg azt az egy négyzetet, amely a legjobban jellemzi az Ön MAI egészségi állapotát!

MOZGÉKONYSÁG	
Nincs problémám a járással	☐
Enyhe problémám van a járással	☐
Mérsékelt problémám van a járással	☐
Súlyos problémám van a járással	☐
Képtelen vagyok járni	☐
ÖNELLÁTÁS	
Nincs problémám a tisztálkodással vagy az öltözködéssel	☐
Enyhe problémám van a tisztálkodással vagy az öltözködéssel	☐
Mérsékelt problémám van a tisztálkodással vagy az öltözködéssel	☐
Súlyos problémám van a tisztálkodással vagy az öltözködéssel	☐
Képtelen vagyok önállóan tisztálkodni vagy öltözködni	☐
SZOKÁSOS TEVÉKENYSÉGEK <i>(pl. munka, tanulás, házimunka, családi vagy szabadidős tevékenységek)</i>	
Nincs problémám a szokásos tevékenységeim elvégzésével	☐
Enyhe problémám van a szokásos tevékenységeim elvégzésével	☐
Mérsékelt problémám van a szokásos tevékenységeim elvégzésével	☐
Súlyos problémám van a szokásos tevékenységeim elvégzésével	☐
Képtelen vagyok elvégezni a szokásos tevékenységeimet	☐
FÁJDALOM / ROSSZ KÖZÉRZET	
Nincs fájdalmam vagy rossz közérzetem	☐
Enyhe fájdalmam vagy kissé rossz közérzetem van.	☐
Mérsékelt fájdalmam vagy közepesen rossz közérzetem van	☐
Súlyos fájdalmam vagy nagyon rossz közérzetem van	☐
Rendkívül erős fájdalmam vagy rendkívül rossz közérzetem van	☐
SZORONGÁS / DEPRESSZIÓ	
Nem szorongok vagy nem vagyok depressziós	☐
Enyhén szorongok vagy enyhén depressziós vagyok	☐
Mérsékelt szorongok vagy közepesen depressziós vagyok	☐
Nagyon szorongok vagy súlyosan depressziós vagyok	☐
Rendkívül erősen szorongok vagy rendkívül depressziós vagyok	☐

Általános Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

CRS

Az Ön MAI egészségi állapota

Szeretnénk megtudni, hogy MA milyen jó vagy rossz az Ön egészségi állapota.

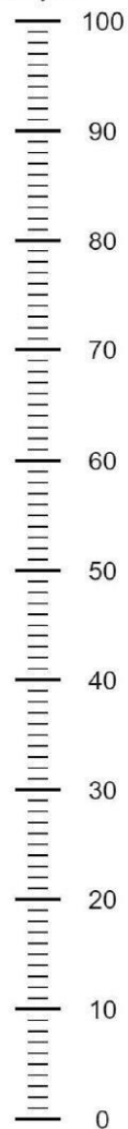
• Ez a skála 0-tól 100-ig számozott. • Az elképzelhető legjobb egészségi állapotot „100”, míg az elképzelhető legrosszabb egészségi állapotot „0” jelöli.

• Kérjük, jelölje X-szel a skálán azt a pontot, amely megmutatja, hogy milyen az Ön MAI egészségi állapota.

• Ezután az alábbi rubrikába (négyzetbe) írja be azt a számot, amelyet a skálán megjelölt.

AZ ÖN MAI
EGÉSZSÉGI
ÁLLAPOTA =

Az elképzelhető
legjobb egészségi
állapot



Az elképzelhető
legrosszabb
egészségi állapot

Általános Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

CRS

WPAI-GH

A következő kérdések azzal foglalkoznak, hogy egészségügyi gondjainak milyen hatása van munkaképességére és napi tevékenységeire. Egészségügyi gond alatt értünk bármilyen testi vagy lelki panaszt vagy tünetet. Kérjük töltse ki a kérdőívet a megfelelő helyeken, vagy karikázza be a megfelelő számot.

1. Jelenleg fizetett munkaviszonyban van-e? ☐ Igen ☐ Nem

Nem válasz esetén ugorjon a 6. kérdésre!

2. Az elmúlt hét nap alatt hány munkaórát mulasztott egészségügyi gondjai miatt? Óra

Számítsa bele azokat az órákat, melyeket betegállományban töltött, amikor későn ért munkába, korábban távozott stb. Egészségügyi gondjai miatt. Ne számítsa bele azt az időt, melyet azért mulasztott el, mert ebben a klinikai vizsgálatban vesz részt.

3. Az elmúlt hét nap alatt, hány munkaórát mulasztott bármilyen egyéb ok miatt, mint például szabadság, ünnepnap, vagy a klinikai vizsgálattal, munkaidőben eltöltött idő?:

.....Óra

4. Az elmúlt hét nap alatt hány órát dolgozott ténylegesen?

.....Óra

Ha nulla a válasza akkor ugorjon a 6. kérdésre!

5. Az elmúlt hét nap alatt, munkája közben mennyire befolyásolták egészségügyi gondjai a munkavégzését?

Gondoljon vissza azokra a napokra, amikor kevesebb, illetve kevesebb fajta munkát tudott elvégezni, és azokra a napokra, amikor kevesebbet tudott teljesíteni, mint amennyit szeretett volna, vagy amikor nem tudta munkáját olyan gondosan elvégezni, mint máskor. Ha egészségügyi gondjai csak kis mértékben befolyásolták a munkavégzést, akkor válasszon egy kis számot, amennyiben egészségügyi gondjai nagymértékben befolyásolták a munkavégzést, válasszon egy nagy számot az alábbi skálán.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Általános

Betegvizit Kérdőívek Dokumentum

CRS

6. Az elmúlt hét nap alatt egészségügyi gondjai mennyire akadályozták abban, hogy napi rendes tevékenységeit elvégezze, melyek nem függnek össze munkahelyi tevékenységével?

A napi rendes tevékenységeken azokat értjük, melyeket általában végez, mint például a ház körüli munkát, vásárlást, gyerekek ellátását, testgyakorlást, tanulást stb. gondoljon vissza azokra az időkre, amikor kevesebbet, illetve kevesebb félét tudott tenni és azokra a napokra, amikor kevesebbet tudott elvégezni, mint amennyit szeretett volna. Ha egészségügyi gondjai csak kis mértékben befolyásolták a napi rendes tevékenységeit, akkor válasszon egy kis számot, amennyiben egészségügyi gondjai nagymértékben befolyásolták a napi rendes tevékenységeit, válasszon egy nagy számot az alábbi skálán.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10