



NZOZ AS-MED
ul. Sulimów 26
08-110 Siedlce
Tel. 25 632 44 75

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

Data badania:

Ankieta do badania VNG

! Prosimy o uważne przeczytanie pytań i udzielenie dokładnych odpowiedzi !

1. Które z wymienionych objawów występowały w okresie nasilenia choroby?

Objawy	TAK	NIE
Odczucie wirowania otaczających przedmiotów		
Odczucie obracania się własnego ciała		
Zaburzenie równowagi przy chodzeniu, ze zbaczaniem w lewo lub prawo		
Obawa przed przewróceniem się przy staniu		
Uczucie niestabilności, falowania podłoża		
Nudności, wymioty		
Bóle głowy		
Inne:		

2. Kiedy dolegliwości wystąpiły po raz pierwszy?

3. Objawy mają charakter (właściwe zaznaczyć X): ciągły występują w postaci ataków

4. Jak często występują ataki zawrotów? (właściwe zaznaczyć X):

codziennie raz na kilka dni raz na kilka tygodni raz na kilka miesięcy

5. Jak długo trwa pojedynczy atak zawrotów? (właściwe zaznaczyć X):

kilka sekund kilka minut kilka godzin

6. Czy zawroty nasilają się przy (właściwe zaznaczyć X):

patrzeniu do góry

patrzeniu do dołu

przekręcaniu się w pozycji leżącej na prawy bok

przekręcaniu się w pozycji leżącej na lewy bok

skrętach szyi

ruchach ciała

nie nasilają się

7. Czy są zaburzenia słuchu?

TAK, jakie?....., dotyczą ucha: prawego lewego

NIE

8. **Czy są szумы w uszach (pischczenie, trąbienie, pykanie itp.)?**

- TAK, dotyczą ucha: prawego lewego
 NIE

9. **Czy jest uczucie pełności w uszach?**

- TAK, dotyczy ucha: prawego lewego
 NIE

10. **Czy były lub są wycieki z ucha?**

- TAK, dotyczy ucha: prawego lewego
 NIE

11. **Czy były w przeszłości urazy głowy?**

- TAK, kiedy?
 NIE

12. **Czy był uraz kręgosłupa szyjnego?**

- TAK, kiedy?
 NIE

13. **Czy cierpi Pan(i) na chorobę lokomocyjną?**

- TAK, od kiedy?
 NIE

14. **Czy zauważył(a) Pan(i) u siebie któryś z niżej wymienionych objawów?**

Objawy	TAK	NIE
Zaburzenia ostrości widzenia		
Podwójne widzenie		
Drętwienie twarzy lub kończyn		
Oslabienie siły którejś z kończyn		
Zaburzenie precyzji ruchów		
Zaburzenie świadomości		
Zaburzenie przytomności		
Trudności w mówieniu		
Trudności w połykaniu		
Zakrzuszenia		
Asymetria twarzy		

WAŻNE: Jeśli są jakiegokolwiek **inne** objawy i dolegliwości, które spowodowały wizytę u nas, proszę je opisać własnymi słowami możliwie obszernie:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

.....
podpis osoby badanej