

Ankieta do badania VNG

Imię i Nazwisko
 Data urodzenia: Data badania:.....

Prosimy o uważne przeczytanie pytań i udzielenie dokładnych odpowiedzi

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, w prawo		
Obawa przed przewróceniem się przy staniu		
Uczucie niestabilności, falowania podłoża		
Nudności, wymioty		
Bóle głowy		
Inne:		
.....		

Kiedy dolegliwości wystąpiły po raz pierwszy?

Czy objawy mają charakter: ciągły występują w postaci ataków

Jak często występują ataki zawrotów?

Jak długo trwają?

Czy zawroty głowy nasilają się przy:

ruchach głowy skrętach szyi ruchach ciała nie nasilają się

Czy są zaburzenia słuchu? Jeśli tak to w którym uchu?

Czy są szумы w uszach? Jeśli tak to w którym uchu?

Czy jest uczucie pełności w uszach? W którym?

Czy były lub są wycieki z ucha? Z którego?

Czy były w przeszłości urazy głowy? Kiedy?

Czy był uraz kręgosłupa szyjnego? Kiedy?

Czy cierpi Pan(i) na chorobę lokomocyjną? Od Kiedy?

Czy zauważył Pan(i) u siebie któryś z niżej wymienionych objawów?

Objaw	TAK	NIE
zaburzenia ostrości widzenia		
podwójne widzenie		
drętwienie twarzy lub kończyn		
osłabienie siły którejś z kończyn		
zaburzenie precyzji ruchów		
zaburzenie świadomości		
zaburzenie przytomności		
trudności w mówieniu		
trudności w połykaniu		
zakrztuszenia		
asymetria twarzy		

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

.....
podpis osoby badanej