

## KWESTIONARIUSZ OBJAWÓW REFLUKSOWYCH

DATA ..... NAZWISKO i IMIĘ .....

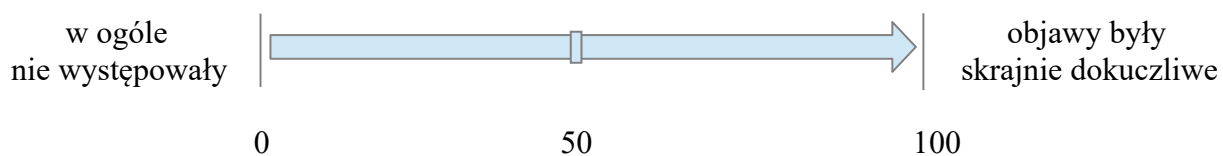
Telefon kontaktowy: .....

**Zgaga**- uczucie pieczenia lub palenia za mostkiem które promieniuje do szyi i gardła, któremu towarzyszy cofanie się kwaśnej treści do jamy ustnej.

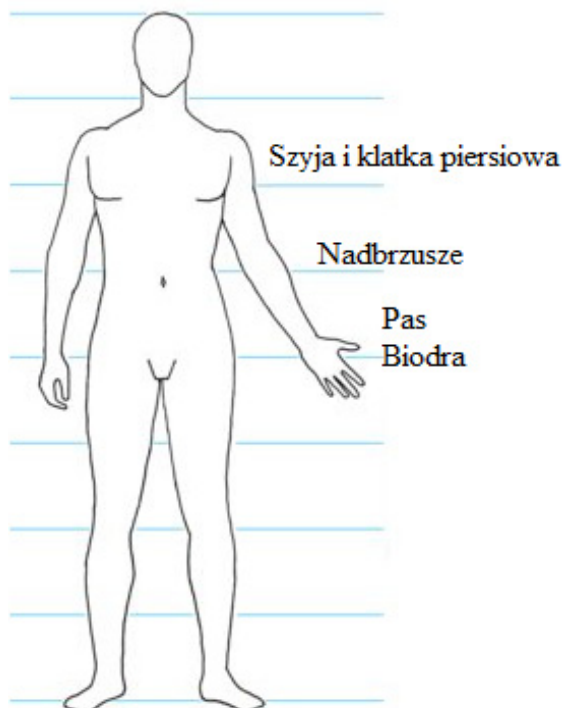
Poniższa skala w postaci strzałki ujmuje dokuczliwość objawów zgagi od 0- brak objawów; do 100- skrajna dokuczliwość (objawy są bardzo częste i niezwykle silne).

Proszę ocenić **dokuczliwość zgagi u Pana(-i) w okresie ostatniego miesiąca**, zakreślając na linii kreskę w wybranym miejscu między 0 a 100.

W ostatnim miesiącu objawy zgagi



Na poniższym rysunku proszę zaznaczyć obszar, w którym zazwyczaj odczuwa Pan(i) pieczenie lub palenie.



## OBJAWY W OKRESIE OSTATNIEGO MIESIĄCA

Proszę zakreślić kółkiem wybraną odpowiedź



1/ Czy uczucie pieczenia/palenia w klatce piersiowej pojawiało się **po posiłkach**

JAK CZĘSTO?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>nie występowało</b>	<b>sporadycznie</b> 1-2 razy w ciągu miesiąca	<b>rzadko</b> raz w tygodniu lub rzadziej	<b>często</b> kilka razy w tygodniu	<b>bardzo często</b> prawie po każdym posiłku
Z JAKIM NASILENIEM?		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
		<b>łagodne</b> nie zwracające uwagi	<b>umiarkowane</b> zwracało uwagę	<b>silne</b> przeszkadzające	<b>bardzo silne</b> trudne do zniesienia

2/ Czy uczucie pieczenia/palenia pojawiało się **w pozycji leżącej?**

JAK CZĘSTO?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>nie występowało</b>	<b>sporadycznie</b> 1-2 razy w ciągu miesiąca	<b>rzadko</b> raz w tygodniu lub rzadziej	<b>często</b> kilka razy w tygodniu	<b>bardzo często</b> prawie zawsze
Z JAKIM NASILENIEM?		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
		<b>łagodne</b> nie zwracające uwagi	<b>umiarkowane</b> zwracało uwagę	<b>silne</b> przeszkadzające	<b>bardzo silne</b> trudne do zniesienia

3/ Czy uczucie pieczenia/palenia pojawiało się **przy schylaniu?**

JAK CZĘSTO?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>nie występowało</b>	<b>sporadycznie</b> 1-2 razy w ciągu miesiąca	<b>rzadko</b> raz w tygodniu lub rzadziej	<b>często</b> kilka razy w tygodniu	<b>bardzo często</b> prawie przy każdej próbie schylania się
Z JAKIM NASILENIEM?		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
		<b>łagodne</b> nie zwracające uwagi	<b>umiarkowane</b> zwracało uwagę	<b>silne</b> przeszkadzające	<b>bardzo silne</b> trudne do zniesienia

4/ Czy występowały **odbijania** lub uczucie **cofania się pokarmu z żołądka** z pozostawianiem kwaśnego lub gorzkiego smaku w jamie ustnej?

JAK CZĘSTO?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>nie występowało</b>	<b>sporadycznie</b> 1-2 razy w ciągu miesiąca	<b>rzadko</b> raz w tygodniu lub rzadziej	<b>często</b> kilka razy w tygodniu	<b>bardzo często</b> codziennie lub prawie codziennie
Z JAKIM NASILENIEM?		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
		<b>łagodne</b> nie zwracające uwagi	<b>umiarkowane</b> zwracało uwagę	<b>silne</b> przeszkadzające	<b>bardzo silne</b> trudne do zniesienia

5/ Czy miał (-a) Pan (-i) uczucie **zatrzymywania się połykanego pokarmu** w gardle lub w przełyku?

JAK CZĘSTO?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>nie występowało</b>	<b>sporadycznie</b> 1-2 razy w ciągu miesiąca	<b>rzadko</b> raz w tygodniu lub rzadziej	<b>często</b> kilka razy w tygodniu	<b>bardzo często</b> przy większości prób połykania
Z JAKIM NASILENIEM?		<b>1</b> <b>łagodne</b> nie zwracające uwagi	<b>2</b> <b>umiarkowane</b> zwracało uwagę	<b>3</b> <b>silne</b> przeszkadzające	<b>4</b> <b>bardzo silne</b> trudne do zniesienia

6/ Czy uczucie pieczenia/palenia w klatce piersiowej **utrudniało zaśnięcie lub wybudzało** Pana/Panią w nocy **ze snu**?

JAK CZĘSTO?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>nie występowało</b>	<b>sporadycznie</b> 1-2 razy w ciągu miesiąca	<b>rzadko</b> raz w tygodniu lub rzadziej	<b>często</b> kilka razy w tygodniu	<b>bardzo często</b> co noc lub prawie co noc

7/ Czy zdarzało się, że miał Pan (-i) uczucie kwaśnego lub gorzkiego smaku w ustach **po nocnym wypoczynku**?

JAK CZĘSTO?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>nie występowało</b>	<b>sporadycznie</b> 1-2 razy w ciągu miesiąca	<b>rzadko</b> raz w tygodniu lub rzadziej	<b>często</b> kilka razy w tygodniu	<b>bardzo często</b> codziennie lub prawie codziennie

8/ Czy zdarzało się, że **odbijania** lub uczucie **cofania się pokarmu z żołądka do z** pozostawianiem kwaśnego lub gorzkiego smaku w jamie ustnej **utrudniało zaśnięcie lub wybudzało** Pana/Panią w nocy **ze snu**?

JAK CZĘSTO?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>nie występowało</b>	<b>sporadycznie</b> 1-2 razy w ciągu miesiąca	<b>rzadko</b> raz w tygodniu lub rzadziej	<b>często</b> kilka razy w tygodniu	<b>bardzo często</b> co noc lub prawie co noc

9/ Jak często w okresie ostatniego miesiąca pojawiały się u Pana/Pani:

0	1	2	3	4
wcale	sporadycznie 1-2 razy w ciągu miesiąca	rzadko raz w tygodniu lub rzadziej	często kilka razy w tygodniu	bardzo często codziennie lub prawie codziennie

Bóle w klatce piersiowej

Uczucie ropierania w klatce  
piersiowej w trakcie jedzenia

Ból za mostkiem przy połykaniu

Uczucie pełności w nadbrzuszu

Nudności

Wymioty

Uczucie dławienia w gardle

Krztuszenie się w trakcie jedzenia

Suchość w ustach

Chrypka

Przewlekły kaszel

Uczucie duszności

#### **OBJAWY KLINICZNE GERD:**

Suma punktów:	dzienne (ptk.1-5):	.....
	nocne (ptk.6-8):	.....
	inne (ptk.9):	.....

#### **BADANIE PODMIOTOWE**

Wzrost: \_\_\_\_\_

Miejsce wkłucia: .....

Waga: \_\_\_\_\_

23<sup>00</sup>: .....

Obwód szyi: \_\_\_\_\_

1<sup>00</sup>: .....

Obwód pasa: \_\_\_\_\_

3<sup>00</sup>: .....

5<sup>00</sup>: .....

7<sup>00</sup>: .....

Przyjmowane leki: \_\_\_\_\_

PPI/H<sub>2</sub>-B (w dawce) \_\_\_\_\_

Leki nasilające bezdech: \_\_\_\_\_

Istotne dla OSA lub GERD i greliny, przebyte operacje (twarzoczaszki, operacje na przewodzie pokarmowym np. resekcja żołądka): \_\_\_\_\_

Proszę o zaznaczenie na poniższej tabeli prawdopodobieństwa zaśnięcia we wskazanych sytuacjach w ciągu ostatnich 6 tygodni.

0 – zerowe prawdopodobieństwo zaśnięcia	1 – małe prawdopodobieństwo zaśnięcia
2 – średnie prawdopodobieństwo zaśnięcia	3 – duże prawdopodobieństwo zaśnięcia

Sytuacja	Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź			
Siedzenie i czytanie	0	1	2	3
Oglądanie telewizji	0	1	2	3
Bierne siedzenie w miejscach publicznych (np. w teatrze, na zebraniu)	0	1	2	3
Jako pasażer w samochodzie, jadąc przez godzinę bez odpoczynku	0	1	2	3
Leżenie i odpoczywanie po południu, jeśli okoliczności na to pozwalają	0	1	2	3
W czasie rozmowy, siedząc	0	1	2	3
Spokojne siedzenie po obiedzie bez alkoholu	0	1	2	3
W samochodzie, podczas kilkuminutowego postoju w korku lub na czerwonym świetle	0	1	2	3

## Kwestionariusz berliński.

Proszę zaznaczyć odpowiedź przy każdym pytaniu.

### KATEGORIA 1

**1.** Czy chrapiesz?

- a. Tak
- b. Nie
- c. Nie wiem

Jeżeli chrapiesz to:

**2.** Czy twoje chrapanie jest:

- a. Nieco głośniejsze niż oddychanie
- b. Tak głośne jak mowa
- c. Głośniejsze niż mowa
- d. Bardzo głośne – może być słyszalne w sąsiednich pomieszczeniach

**3.** Jak często chrapiesz?

- a. Prawie zawsze
- b. 3-4 razy w tygodniu
- c. 1-2 razy w tygodniu
- d. 1-2 razy w miesiącu
- e. Nigdy lub prawie nigdy

**4.** Czy twoje chrapanie przeszkadza innym osobom?

- a. Tak
- b. Nie
- c. Nie wiem

**5.** Czy kiedykolwiek ktoś zauważył, że przestajesz oddychać podczas snu?

- a. Prawie zawsze
- b. 3-4 razy w tygodniu
- c. 1-2 razy w tygodniu
- d. 1-2 razy w miesiącu
- e. Nigdy lub prawie nigdy

### KATEGORIA 2

**6.** Jak często czujesz się zmęczony po przebudzeniu?

- a. Prawie zawsze
- b. 3-4 razy w tygodniu
- c. 1-2 razy w tygodniu
- d. 1-2 razy w miesiącu
- e. Nigdy lub prawie nigdy

**7.** Jak często w ciągu dnia czujesz się zmęczony lub jesteś w gorszej formie?

- a. Prawie zawsze
- b. 3-4 razy w tygodniu
- c. 1-2 razy w tygodniu
- d. 1-2 razy w miesiącu
- e. Nigdy lub prawie nigdy

**8.** Czy kiedykolwiek przysypiałeś lub zasnęteś prowadząc pojazd mechaniczny?

- a. Tak
- b. Nie

Jeżeli Tak to:

**9.** Jak często to się zdarza?

- a. Prawie zawsze
- b. 3-4 razy w tygodniu
- c. 1-2 razy w tygodniu
- d. 1-2 razy w miesiącu
- e. Nigdy lub prawie nigdy

### KATEGORIA 3

**10.** Czy masz nadciśnienie tętnicze?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

Osobna strona (w załączeniu): polisomno/poligrafia; wyniki badań lab. i oznaczeń laboratoryjnych