

PRUEBA DE RESULTADO SINO-NASAL

A continuación encontrará una lista de síntomas y consecuencias sociales/emocionales de su rinosinusitis. Nos gustaría saber más sobre estos problemas y agradeceríamos que respondiera las siguientes preguntas lo mejor que pueda. No hay respuestas correctas o incorrectas y sólo usted puede proporcionarnos esta información. Califique sus problemas tal como los ha experimentado durante las últimas dos semanas. Gracias por su participación. No dude en pedir ayuda si es necesario.

1. Teniendo en cuenta la gravedad del problema cuando lo experimenta y la frecuencia con la que ocurre, califique cada elemento a continuación en función de qué tan “malo” es encerrando en un círculo el número que corresponde a cómo se siente al usar esta escala:

No problema (0)	Problema muy leve (1)	Problema leve (2)	Problema moderado (3)	Problema severo (4)	Problema grave (5)
--------------------	-----------------------------	----------------------	-----------------------------	---------------------------	-----------------------

2. Marque los elementos más importantes que afectan su salud en el último cuadro de las filas (máximo de cinco elementos)

1. Necesidad de soplarse la nariz	0	1	2	3	4	5		
2. Estornudos	0	1	2	3	4	5		
3. Secreción nasal	0	1	2	3	4	5		
4. Tos	0	1	2	3	4	5		
5. Secreción posnasal	0	1	2	3	4	5		
6. Secreción nasal espesa	0	1	2	3	4	5		

7. Sensación de oído tapado	0	1	2	3	4	5		
8. Mareos	0	1	2	3	4	5		
9. Dolor de oído	0	1	2	3	4	5		
10. Dolor/presión facial	0	1	2	3	4	5		
11. Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4	5		
12. Se despierta por la noche	0	1	2	3	4	5		
13. Falta de dormir bien por la noche	0	1	2	3	4	5		
14. Despierta cansado	0	1	2	3	4	5		
15. Fatiga	0	1	2	3	4	5		
16. Productividad reducida	0	1	2	3	4	5		
17. Concentración reducida	0	1	2	3	4	5		
18. Frustrado/inquieto/irritable	0	1	2	3	4	5		
19. Triste	0	1	2	3	4	5		
20. Avergonzado	0	1	2	3	4	5		