



پرسشنامه ثبت ملی اطلاعات بیماران مبتلا به منییر (بر اساس گایدلاین های ۲۰۲۰)

دانشگاه علوم پزشکی گیلان - بیمارستان امیرالمومنین (ع) - مرکز تحقیقات بیماریهای گوش و حلق و بینی

شماره کد پرسشنامه:	تاریخ:
--------------------	--------

جنس: مؤنث مذکر

نام و نام خانوادگی (انتخابی است؛ می توانید از حروف اختصاری مثل ش. ن. استفاده کنید):

کد ملی: ملیت: ایرانی غیر ایرانی

تاریخ تولد: (..... / / ۱۳.....) شماره همراه: شماره ثابت:

محل سکونت: استان: شهرستان: روستا/دهستان:

قومیت پدر: (فارسی، ترک، کرد، لر، لک، ترکمن، عرب، بلوچ، گیلک، تالش، مازنی، تات، و غیره...)

قومیت مادر: (فارسی، ترک، کرد، لر، لک، ترکمن، عرب، بلوچ، گیلک، تالش، مازنی، تات، و غیره...)

شغل بیمار:

گوش درگیر: راست چپ هر دو

مدت زمانی که بیماری منییر در شما تشخیص داده شده است: کمتر از یکسال ۱-۳ سال ۳ تا ۵ سال بیشتر از ۵ سال

علائم مازور (سرگیجه):

عود کننده (دوره های مشخص چرخش و احساس حرکت و دوزان):	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	توضیحات:.....
مدت زمان حمله سرگیجه از بیست دقیقه تا ۱۲ ساعت	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	۱ دوره <input type="checkbox"/> ۲ دوره و بیشتر <input type="checkbox"/>
نیستاگموس (زدن چشمها) مرتبط با حملات	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	
تهوع و استفراغ حین حملات سرگیجه	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	
وجود سایر علائم نورولوژیک همراه با سرگیجه	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	

علائم مازور (سرگیجه یا احساس گیجی و سبکی سر)

علائم مازور (سرگیجه یا احساس گیجی و سبکی سر) از ۲۰ دقیقه تا ۲۴ ساعت مداوم	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	۱ دوره <input type="checkbox"/> ۲ دوره و بیشتر <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	--------------------------------	---

علائم مازور (کم شنوایی):

نقص شنوایی مواج (کم و زیاد شونده):	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>			
کم شنوایی حسی-عصبی (براساس حداقل یک ادیوگرام):	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	گوش چپ <input type="checkbox"/>	گوش راست <input type="checkbox"/>	هر دو گوش <input type="checkbox"/>
کاهش شنوایی پیشرونده:	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>			



علائم مازور (تینیتوس یا احساس وزوز و سر و صدا یا احساس فشار و پری در گوش - همگی بصورت کم و زیاد شونده و گاهگاهی)

وزوز گوش متغیر که طی حملات شدت آن بلندتر می شود	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	توضیحات:.....
وزوز یک طرفه	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	گوش چپ <input type="checkbox"/> گوش راست <input type="checkbox"/>
علائم مازور (احساس فشار و پری در گوش ها)	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	
متوسط تعداد حملات مشخص بیماری (شامل حملات سرگیجه، وزوز گوش، احساس فشار و پری گوش، ... در ماه (طرف ۱ سال اخیر):			
برای شدت حملات خود (قبل از درمان) از عدد یک (بسیار ناچیز) تا ۱۰ (شدیدترین علائم قابل تصور) چه عددی را در نظر می گیرید؟ (از ۱ تا ۱۰):			
حملات افتادن ناگهانی حین حملات	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	
سابقه بیماری و جراحی	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	نام بیماری:
سابقه جراحی برای منیبر	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	
سابقه تروما به سر	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	زمان و نوع تروما:
حساسیت و آلرژی	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	نوع حساسیت و آلرژی:
شرح حال دارویی (برای بیماری فعلی(منیبر))	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	نام دارو(ها): Betaserc 8mg /Betahistine <input type="checkbox"/> Stuggeron25mg/Cinnarizine <input type="checkbox"/> Dimenhydrinate <input type="checkbox"/> Promethazine <input type="checkbox"/> Etc.....
			دوز مصرفی:
			مدت مصرف:
			طریقه مصرف: خوراکی <input type="checkbox"/> تزریق عضلانی/وریدی <input type="checkbox"/> تزریق داخل گوش <input type="checkbox"/>
شرح حال دارویی (برای سایر بیماریها):	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	نام دارو(ها):
سابقه خانوادگی منیبر	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	توضیحات:.....
سابقه خانوادگی سرگیجه	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	
(مصرف سیگار):	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	
(مصرف الکل):	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	
مصرف نمک در رژیم غذایی	زیاد <input type="checkbox"/>	متوسط <input type="checkbox"/>	کم <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> توضیحات:
نتیجه ECOchG	ندارد <input type="checkbox"/>	هنجار <input type="checkbox"/>	غیرهنجار <input type="checkbox"/> (لطفا تصویر ECOchG ضمیمه شود)
نتیجه MRI مغز/ گوش	ندارد <input type="checkbox"/>	هنجار <input type="checkbox"/>	غیرهنجار <input type="checkbox"/> (لطفا تصویر ECOchG و گزارش MRI ضمیمه شود)
بدترین آستانه شنوایی طی ۶ ماه اخیر(PTA) در متوسط آستانه فرکانس ۰/۵، ۱، ۲ و ۳ (dB)	≥ 25 <input type="checkbox"/> ۲۶-۴۰ <input type="checkbox"/> ۴۱-۷۰ <input type="checkbox"/> < 70 <input type="checkbox"/> (لطفا تصویر دو یا سه ادیوگرام آخر ضمیمه شود)		
سطح تشخیص بیماری	بیماری منیبر احتمالی(دو حمله واضح سرگیجه یا احساس گیجی خودبخودی همراه با علائم شنوایی از قبیل کم شنوایی و تینیتوس یا پری گوش که بصورت کم و زیاد شونده است):	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/> توضیحات:.....

	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	بیماری منیبر واضح یا قطعی (دو یا بیشتر حمله واضح سرگیجه خودبخودی طول کشیده برای حداقل ۲۰ دقیقه تا ۱۲ ساعت همراه با کاهش شنوایی اثبات شده با حداقل یک اودیوگرام و تینیتوس یا پری گوش):
--	---	---

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران منیبر

MENIERE'S DISEASE PATIENT-ORIENTED SYMPTOM INDEX (MD POSI)

برای تعیین اینکه مشکلات گوش داخلی شما به چه میزان بر روی سلامتی و کیفیت زندگی شما تاثیر گذاشته است، پاسخ شما به سوالات زیر بسیار مهم می باشد. هیچ پاسخ صحیح و یا اشتباهی وجود ندارد بلکه فقط شما می توانید تعیین کنید که بیماری منیبر چه میزان زندگی شما را تغییر قرار داده است. در هر ردیف یک عدد که بهترین شاخص مشخص کننده میزان تاثیر در زندگی شما می باشد را انتخاب کنید و اگر در آن مورد مشکلی ندارید ۰ را انتخاب کنید و به سراغ گزینه بعدی بروید. همانطور که می دانید بیماری منیبر بطور متغیر افراد را مبتلا می سازد و حتی در یک فرد هم حمله به حمله میزان ابتلا تغییر می کند، لطفا مشکلات زیر را بر اساس آنچه که متوسط طی سه ماه گذشته برای شما اتفاق افتاده است پر کنید.

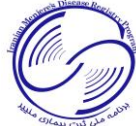
لیست مشکلات منیبر: لطفا بهترین پاسخ را انتخاب کنید. (طی سه ماه گذشته)

A. طی بیشتر حملات معمول اخیر منیبر مشکل شما در ارتباط با هر یک از موارد زیر چگونه بوده است؟

هیچ	خیلی خفیف	خفیف	متوسط	شدید	خیلی شدید
۰	۱	۲	۳	۴	۵
۰	۱	۲	۳	۴	۵
۰	۱	۲	۳	۴	۵
۰	۱	۲	۳	۴	۵

B. بین حملات مشکل شما در ارتباط با هر یک از موارد زیر چگونه بوده است؟

هیچ	خیلی خفیف	خفیف	متوسط	شدید	خیلی شدید
۰	۱	۲	۳	۴	۵
۰	۱	۲	۳	۴	۵
۰	۱	۲	۳	۴	۵
۰	۱	۲	۳	۴	۵
۰	۱	۲	۳	۴	۵
۰	۱	۲	۳	۴	۵



C. تاثیر بیماری منبیر در ارتباط با هر یک از موارد زیر چگونه بوده است؟

خیلی شدید	شدید	متوسط	خفیف	خیلی خفیف	هیچ	
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۱. زندگی اجتماعی
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۲. بودنم در کنار دیگران
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۳. روحیات کلی شما
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۴. نگاه شما به آینده

D. در رابطه با شغلان، بیماری منبیر چه تاثیری روی موارد زیر گذاشته است؟

خیلی شدید	شدید	متوسط	خفیف	خیلی خفیف	هیچ	
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۵. قابلیت اطمینان
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۶. تعدیل / تغییر شغل

خیلی شدید	شدید	متوسط	خفیف	خیلی خفیف	هیچ	
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۷. بطور کلی به شدت بیماری منبیر خود چه نمره ای می دهید؟

خیلی شدید	شدید	متوسط	کم	خیلی کم	
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸. بیماری منبیر زندگی شما را چقدر تغییر داده است؟

ضعیف	متوسط	خوب	خیلی خوب	عالی	
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹. در مقایسه با هم سن و سال های خود، سلامتی شما چگونه است
۵	۴	۳	۲	۱	۲۰. انتظار دارید در ۵ سال آینده سلامتی شما چگونه باشد؟

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده اطلاعات (انتخابی است، می توانید از حروف اختصاری مثل ش. ن. استفاده کنید):

امضاء