

## WYWIAD PACJENTA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII STOŻKOWEJ (CBCT)

**I Informacje wstępne**

Imię i nazwisko: .....

Rodzaj badania CBCT: **zatoki**  **GDO** 

Data badania: .....

**II Informacje szczegółowe ogólne****1. Czy odczuwa Pan/Pani trudności w oddychaniu przez nos?**TAK  NIE **2. Jak określił/a by Pan/Pani stopień nasilenia dolegliwości związanych z oddychaniem przez nos:**brak  umiarkowane   
nasilone  utrudniające funkcjonowanie **3. Czy ma Pan/Pani zaburzenia węchu? Jeśli tak to czy jest to:**osłabienie węchu  brak węchu **4. Czy Pan/Pani chrapie podczas snu? Jeśli tak to czy:**okazjonalnie  często  zawsze **5. Czy ma Pan/Pani potwierdzone w polisomnografii bezdechy senne? Jeśli tak to:**0 - poniżej 5 AHI, 1- postać łagodna 5-15 AHI 2- umiarkowane 15-30 AHI 3- postać ciężka powyżej 30 AHI **6. Czy w ciągu dnia występuje zmęczenie?**TAK  NIE



7. Czy miewa Pan/Pani kłopoty z koncentracją?

TAK  NIE

8. Czy w ciągu nocy występuje uczucie dławienia, duszenia się?

TAK  NIE

9. Czy występują częste wybudzanie się w nocy?

TAK  NIE

10. Czy był/a Pan/Pani leczona przed badaniem?

TAK  NIE

11. Czy przyjmuje Pan/Pani leki donosowe?

TAK  NIE

12. Czy przyjmuje Pan/Pani glikokortykoidy donosowe?

TAK  NIE

13. Czy przyjmuje Pan /Pani glikokortykoidy doustne?

TAK  NIE

14. Czy przyjmuje Pan/ Pani doustne leki p-histaminowe?

TAK  NIE

15. Czy miał/a Pan/Pani wykonywany zabieg chirurgiczny w obrębie górnych dróg oddechowych?

TAK  NIE

16. Czy był to zabieg w obrębie nosa?

TAK  NIE

### III Informacje odnośnie przebytych zabiegów chirurgicznych

17. Czy miał Pan/Pani usunięcie polipów nosa?

TAK  NIE

18. Czy miał Pan/Pani zabieg na przegrodzie nosa?

TAK  NIE

19. Czy był to zabieg na małżowinach nosowych? Jeśli tak to jaki:

tradycyjna chirurgia "cold steel"

koblacja podśluzówkowa RFi

inne zabiegi (przymrażanie, laser itp.)

20. Czy miał Pan/Pani operacja zatok?

TAK  NIE

21. Czy miał Pan/Pani zabieg na podniebieniu miękkim?

TAK  NIE

22. Czy miał Pan/Pani zabieg na migdałku gardłowym?

TAK  NIE

23. Czy miał Pan/Pani zabieg na migdałkach podniebiennych?

TAK  NIE

24. Czy miał/a Pan/Pani wykonywany zabieg w obrębie twarzoczaszki?

TAK  NIE

#### IV Informacje dodatkowe

25. Czy był/a Pan/Pani leczona ortodontycznie?

TAK  NIE

26. Czy po leczeniu farmakologicznym wystąpiła poprawa oddychania nosem? Jeśli tak to jak określił/a by Pan/Pani efekt:

umiarkowany  dobry  znakomity

27. Czy po leczeniu farmakologicznym zmniejszyło się chrapanie? Jeśli tak to jak określił/a by Pan/Pani efekt:

umiarkowany  dobry  znakomity

28. Czy po leczeniu chirurgicznym wystąpiła poprawa oddychania nosem? Jeśli tak to jak określił/a by Pan/Pani efekt:

umiarkowany       dobry       znakomity

29. Czy po leczeniu chirurgicznym zmniejszyło się chrapanie? Jeśli tak to jak określił/a by Pan/Pani efekt:

umiarkowany       dobry       znakomity

### Oświadczenie

Wyrażam zgodę na nieodpłatne przetwarzanie przez Centrum Medyczne Vita Sana moich danych osobowych, zebranych w celu realizacji badań naukowych.

.....  
*Data i podpis pacjenta/opiekuna prawnego*