****

**Europejska Szkoła Interdyscyplinarnych Badań nad Szumami Usznymi – Kwestionariusz Przesiewowy (ESIT- SQ)**

Kwestionariusz składa się z dwóch części.

Część A zawiera ogólne pytania dotyczące wieku, wzrostu, stylu życia oraz stanu zdrowia. Część A może wypełnić każdy, niezależnie od tego, czy doświadcza szumów usznych. Wypełnienie tej części kwestionariusza powinno zając około 5 minut.

Jeśli w ciągu ostatniego roku występowały u Pana/Pani szumy uszne, prosimy o wypełnienie części B, w której znajdują się pytania dotyczące szumów usznych. Wypełnienie tej części kwestionariusza powinno zająć od 5 do 10 minut, w zależności od Pana/Pani odpowiedzi.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ A. INFORMACJE OGÓLNE** | | | |
| Odpowiadając na poniższe pytania, proszę wybrać odpowiedź, która najlepiej opisuje Pana/Panią oraz Pana/Pani doświadczenia. W niektórych przypadkach, możliwe jest wskazanie więcej niż jednej odpowiedzi. | | | |
| A1 | Wiek (w latach) | | |
|  | \_ \_ | | |
| A2 | Płeć określona przy narodzinach: | | |
|  | ☐ Męska ☐ Żeńska ☐ Inna ☐ Wolę nie odpowiadać na to pytanie | | |
| A3 | Wzrost: | | |
|  | \_ \_ \_ cm | | |
| A4 | Waga: | | |
|  | \_ \_ \_ kg | | |
| A5 | Wykształcenie: | | |
|  | ☐ Niepełne podstawowe  ☐ Podstawowe  ☐ Gimnazjalne, zasadnicze zawodowe  ☐ Licealne, technikum  ☐ Wyższe | | |
| A6 | Ile porcji alkoholu wypija Pan/Pani średnio w ciągu tygodnia? | | |
|  | Jedna porcja to 125 ml kieliszek wina, 330 ml piwa lub 40 ml kieliszek wódki | | |
|  | \_ \_ | | |
| A7 | Która z podanych poniżej opcji najlepiej określa Pana/Pani stosunek do palenia tytoniu? | | |
|  | ☐ Niepalący (nigdy) ☐ Palący ☐ Obecnie niepalący, palący w przeszłości | | |
| A8 | Według Pana/Pani wiedzy, ilu członków Pana/Pani najbliższej rodziny (rodzice, rodzeństwo, dzieci) doświadczyło szumów usznych lub niedosłuchu? | | |
|  | Proszę wpisać liczbę obok wymienionych członków rodziny. | | |
|  | \_\_ Ojciec \_\_ Matka  \_\_ Brat/bracia \_\_ Siostra/y  \_\_ Syn/owie \_\_ Córka/ki | | |
| A9 | Czy cierpi Pan/Pani na zawroty głowy? | | |
|  | ☐ Nie, nigdy  ☐ Tak, mniej niż jeden epizod w roku  ☐ Tak, co najmniej jeden epizod w roku | | |
| A10 | Czy zdiagnozowano u Pana/Pani którąkolwiek z poniższych chorób uszu? | | |
|  | Może Pan/Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. | | |
|  | ☐ Uraz akustyczny (uszkodzenie słuchu spowodowane hałasem)  ☐ Uraz ciśnieniowy (spowodowany nagłą zmianą ciśnienia)  ☐ Niedosłuch związany z wiekiem  ☐ Nagłe uszkodzenie słuchu  ☐ Niedosłuch z innych przyczyn  ☐ Chorobę Ménière’a  ☐ Nerwiak nerwu słuchowego (guz nerwu słuchowego)  ☐ Ostre zapalenie ucha środkowego lub zewnętrznego  ☐ Wysiękowe zapalenie ucha środkowego lub dysfunkcja trąbki słuchowej (Eustachiusza)  ☐ Przewlekłe zapalenie ucha środkowego (np. perforacja błony bębenkowej, perlak)  ☐ Otoskleroza (unieruchomienie łańcucha kosteczek słuchowych)  ☐ Inne choroby ucha. Proszę wymienić \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Żadne z powyższych | | |
| A11 | Czy przeszedł/przeszła Pan/Pani któryś z poniższych zabiegów? | | |
|  | Może Pan/Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. | | |
|  | ☐ Operację ucha  ☐ Operację stomatologiczną  ☐ Operację neurochirurgiczną  ☐ Nakłucie lędźwiowe  ☐ Chemioterapię  ☐ Radioterapię głowy i szyi  ☐ Elektrowstrząsy  ☐ Inne. Proszę wymienić jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Żadne z powyższych | | |
| A12 | Czy w ciągu ostatniego tygodnia dźwięki zewnętrzne stanowiły dla Pana/Pani problem, były zbyt głośne lub uciążliwe, podczas gdy dla innych osób były one normalne?  Uwaga: dotyczy zewnętrznych dźwięków (np. dźwięków otoczenia, odgłosów w tle, mowy, muzyki), a nie szumów usznych. | | |
|  | ☐ Nie, nie miałam/em problemu  ☐ Tak, niewielki problem  ☐ Tak, umiarkowany problem  ☐ Tak, duży problem  ☐ Tak, bardzo duży problem | | |
| A13 | Czy obecnie ma Pan/Pani jakiekolwiek inne problemy ze słuchem, takie jak np. trudności z rozumieniem mowy w hałasie? | | |
|  | ☐ Tak, w ogóle nie słyszę  ☐ Tak, duże trudności  ☐ Tak, umiarkowane trudności  ☐ Tak, nieduże trudności  ☐ Nie, nie mam trudności  ☐ Nie wiem / Trudno powiedzieć | | |
| A14 | Czy używa Pan/Pani któregoś z poniżej wymienionych urządzeń? | | |
|  | Może Pan/Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. | | |
|  | ☐ Aparat słuchowy  ☐ Implant ślimakowy  ☐ Generator szumu (dźwięków)  ☐ Aparat słuchowy z funkcją generatora szumu (dźwięków)  ☐ Żadne z powyższych | | |
| A15 | Czy występują u Pana/Pani któreś z poniższych dolegliwości bólowych? | | |
|  | Może Pan/Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. | | |
|  | ☐ Bóle głowy  ☐ Bóle szyi i/lub karku  ☐ Ból ucha/uszu  ☐ Bóle stawu skroniowo-żuchwowego  ☐ Bóle w obrębie twarzy  ☐ Inne rodzaje bólu. Proszę wymienić jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Nie | | |
| A16 | Czy została u Pana/Pani zdiagnozowana przez specjalistę któraś z niżej wymienionych chorób lub dolegliwości? | | |
|  | Może Pan/Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. | | |
|  | **W obrębie narządu żucia:**  ☐ Zaburzenia stawów skroniowo-żuchwowych  ☐ Choroby zębów  **Neurologiczne:**  ☐ Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych  ☐ Stwardnienie rozsiane  ☐ Epilepsja  ☐ Udar mózgu  ☐ Inne schorzenie naczyń mózgowych  ☐ Demencja  ☐ Inne choroby neurologiczne  **Psychiatryczne lub psychologiczne:**  ☐ Zaburzenia lękowe  ☐ Depresja  ☐ Uraz emocjonalny  ☐ Nadmierny stres  **Zaburzenia snu:**  ☐ Trudności z zasypianiem  ☐ Trudności z ciągłością snu / Wybudzanie podczas snu  **Sercowo-naczyniowe:**  ☐ Niskie ciśnienie krwi  ☐ Wysokie ciśnienie krwi  ☐ Zawał mięśnia sercowego  **Endokrynologiczne i metaboliczne:**  ☐ Choroby tarczycy  ☐ Cukrzyca  ☐ Hiperinsulinemia  ☐ Podwyższony poziom cholesterolu  **Reumatologiczne i immunologiczne:**  ☐ Reumatoidalne zapalenie stawów  ☐ Toczeń rumieniowaty układowy  **Otolaryngologiczne:**  ☐ Przewlekłe zapalenie zatok  ☐ Skrzywienie przegrody nosa  **Zakaźne:**  ☐ Syfilis (kiła)  ☐ HIV  ☐ Borelioza  **Inne:**  ☐ Anemia (niedokrwistość)  ☐ Zaburzenia równowagi  ☐ Nadkwasota i/lub refluks żołądkowo-przełykowy  ☐ Globus (uczucie kuli w gardle)  ☐ Inne. Proszę sprecyzować \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Żadne z powyższych | | |
| A17 | Szumy uszne to dźwięki, które są słyszane w głowie lub w uszach (takie jak dzwonienie czy brzęczenie) bez obecności zewnętrznego źródła dźwięku.  Czy w ciągu ostatniego roku doświadczył/a Pan/Pani szumów usznych w głowie, jednym lub obydwu uszach, trwających dłużej niż 5 minut? | | |
|  | ☐ Tak, przez większość czasu lub stale  ☐ Tak, często  ☐ Tak, czasami  ☐ Nie, nie w ciągu ostatniego roku  ☐ Nie, nigdy  ☐ Nie wiem | | |
| Dziękujemy za wypełnienie części A. Jeśli odpowiedział/a Pan/Pani 'Tak' na pytanie A17 (odpowiedź 1, 2 lub 3), prosimy o wypełnienie części B. Jeśli odpowiedział/a Pan/Pani 'Nie' (odpowiedź 4 lub 5) lub 'Nie wiem' (odpowiedź 6) na pytanie A17 na tym kończy się badanie. Dziękujemy za udział w badaniu. | | | |
|  | | | |
| **CZĘŚĆ B. CHARAKTERYSTYKA SZUMÓW USZNYCH** | | | |
| Dziękujemy za wypełnienie części A. W poniższych pytaniach, prosimy o podanie odpowiedzi, która najlepiej opisuje Pana/Pani szumy uszne i ich związek z innymi dolegliwościami. W przypadku niektórych pytań może Pan/Pani wybrać więcej niż jedną odpowiedź. | | | |
| B1 | Średnio, jak często występują u Pana/Pani szumy uszne? | | |
|  | ☐ Codziennie lub prawie codziennie  ☐ Mniej więcej co tydzień  ☐ Mniej więcej co miesiąc  ☐ Co kilka miesięcy  ☐ Raz w roku | | |
| B2 | Proszę wybrać odpowiedź, która najlepiej opisuje Pana/Pani szumy uszne w ciągu dnia: | | |
|  | ☐ Stałe: zawsze je słyszę lub słyszę je zwykle, gdy jestem w cichym pomieszczeniu.  ☐ Okresowe: pojawiają się i znikają. Nie słyszę ich zawsze, gdy jestem w cichym pomieszczeniu. | | |
| B3 | Jak dawno temu pojawiły się u Pana/Pani szumy uszne? | | |
|  | \_ \_ lat  \_ \_ miesięcy temu  ☐ Nie pamiętam / Trudno powiedzieć | | |
| B4 | W ciągu ostatniego roku jak bardzo szumy uszne denerwowały lub martwiły Pana/Panią w momentach, gdy były najbardziej nasilone? | | |
|  | ☐ Bardzo  ☐ Średnio  ☐ Trochę  ☐ Wcale  ☐ Nie pamiętam / Trudno powiedzieć  Jeśli odpowiedział/a Pan/Pani 'Wcale' lub ‘Nie pamiętam / Trudno powiedzieć’ proszę przejść do pytania B6. | | |
| B5 | Jak dawno temu szumy uszne zaczęły być dla Pana/Pani dokuczliwe? | | |
|  | \_ \_ lat  \_ \_ miesięcy temu  ☐ Nie pamiętam / Trudno powiedzieć | | |
| B6 | Mimo że u większości osób występuje jeden rodzaj szumów usznych, czasami można słyszeć więcej niż jeden rodzaj dźwięku. Czy słyszy Pan/i jeden czy kilka rodzajów dźwięku? | | |
|  | ☐ Jeden dźwięk ☐ Więcej niż jeden rodzaj dźwięku | | |
|  | Jeśli słyszy Pan/Pani więcej niż jeden rodzaj dźwięku, w kolejnych pytaniach proszę udzielić odpowiedzi najlepiej pasujących do tego, który jest najbardziej dokuczliwy. | | |
| B7 | Czy Pana/Pani szumy uszne zaczęły się: | | |
|  | ☐ Stopniowo ☐ Nagle ☐ Nie wiem/ Nie pamiętam | | |
| B8 | Jeśli zaznaczył/a Pan/Pani dolegliwości lub zabiegi w pytaniach A9, A10, A11, A12, A13, A15 lub A16, proszę je wymienić tutaj i napisać obok czy miały one miejsce PRZED, mniej więcej W TYM SAMYM CZASIE, czy PO tym jak pojawiły się szumy uszne. | | |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  |  | | |
| B9 | Czy pojawienie się szumów usznych było związane z (może Pan/Pani wybrać więcej niż jedną odpowiedź): | | |
|  | ☐ Narażeniem na głośne dźwięki  ☐ Pogorszeniem słuchu  ☐ Narażeniem na zmiany ciśnienia (np. w czasie lotu samolotem czy nurkowania)  ☐ Grypą, przeziębieniem lub inną infekcją  ☐ Uczuciem pełności lub zwiększonego ciśnienia w uszach  ☐ Stresem  ☐ Urazem głowy  ☐ Urazem szyi  ☐ Inne. Proszę wymienić \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Żadne z powyższych | | |
| B10 | Czy w czasie, kiedy pojawiły się szumy uszne przyjmował/a Pan/Pani którykolwiek z wymienionych poniżej leków? | | |
|  | Może Pan/Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. | | |
|  | ☐ Aspiryna  ☐ Leki przeciwbólowe. Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Steroidy (sterydy) doustne. Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Antybiotyki. Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Leki przeciwdepresyjne. Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Chinina (np. w malarii, skurczach mięśni)  ☐ Leki moczopędne (diuretyki). Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Inne leki. Proszę wymienić jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Żadne z powyższych  ☐ Nie wiem / Nie pamiętam | | |
| B11 | Czy uważa Pan/Pani, że któreś z wymienionych wcześniej dolegliwości lub jakiekolwiek inne dolegliwości były związane z pojawieniem się szumów usznych? | | |
|  | Możliwe jest wskazanie maksymalnie trzech odpowiedzi - proszę wybrać najbardziej istotne. | | |
|  | ☐ Nie  ☐ Tak Proszę wymienić, które \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| B12 | Czy głośność Pana/Pani szumów usznych jest cały czas taka sama czy zmienia się w ciągu dnia? | | |
|  | ☐ Cały czas jest taka sama  ☐ Czasami się zmienia  ☐ Ciągle się zmienia  ☐ Nie wiem / Trudno powiedzieć | | |
| B13 | Jak brzmią Pana/Pani szumy uszne? | | |
|  | ☐ Jak pojedynczy ton  ☐ Jak szum  ☐ Jak muzyka  ☐ Jak cykanie świerszcza  ☐ Inaczej. Proszę opisać jak \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  |  | | |
| B14 | Proszę opisać wysokość Pana/Pani szumów usznych. Uwaga: Przez *wysokość* należy rozumieć częstotliwość dźwięku (wysokość tonu), a nie jego głośność. | | |
|  | ☐ Dźwięk o wysokiej częstotliwości (o wysokim tonie)  ☐ Dźwięk o średniej częstotliwości (o średnio wysokim tonie)  ☐ Dźwięk o niskiej częstotliwości (o niskim tonie)  ☐ Nie wiem / Trudno powiedzieć | | |
| B15 | Gdzie Pan/Pani słyszy swoje szumy uszne? | | |
|  | ☐ W prawym uchu  ☐ W lewym uchu  ☐ W obu uszach, głośniej w prawym  ☐ W obu uszach, głośniej w lewym  ☐ W obu uszach tak samo  ☐ Wewnątrz głowy  ☐ Gdzie indziej. Proszę opisać gdzie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Nie wiem / Trudno powiedzieć | | |
| B16 | Czy Pana/Pani szumy uszne są pulsujące (rytmiczne)? | | |
|  | ☐ Nie  ☐ Tak, pulsują w rytmie serca (można to sprawdzić jednocześnie mierząc puls i słuchając swoich szumów usznych)  ☐ Tak, pulsują zgodnie z oddechem  ☐ Tak, zależą od ruchów głowy, szyi, szczęki lub mięśni twarzy  ☐ Inne. Proszę opisać, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| B17 | Czy Pana/Pani lekarz był w stanie usłyszeć Pana/Pani szumy uszne? | | |
|  | ☐ Tak ☐ Nie | | |
| B18 | Czy Pana/Pani szumy uszne ZMNIEJSZAJĄ SIĘ w następujących warunkach (może Pan/Pani wybrać więcej niż jedną odpowiedź): | B19 | Czy Pana/Pani szumy uszne ZWIĘKSZAJĄ SIĘ w następujących warunkach (może Pan/Pani wybrać więcej niż jedną odpowiedź): |
|  | ☐ Bardzo ciche otoczenie  ☐ Ciche dźwięki  ☐ Głośne dźwięki  ☐ Ruchy głowy  ☐ Zaciskanie zębów lub ruchy szczęką  ☐ Uciskanie głowy, szyi lub okolicy ucha  ☐ Drzemka  ☐ Po wyspaniu się  ☐ Prowadzenie samochodu  ☐ Stres lub zdenerwowanie  ☐ Bycie zrelaksowanym  ☐ Po wypiciu alkoholu  ☐ Po wypiciu kawy  ☐ Po zażyciu leków  ☐ Noszenie aparatów słuchowych  ☐ Inne. Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Żadne z powyższych |  | ☐ Bardzo ciche otoczenie  ☐ Ciche dźwięki  ☐ Głośne dźwięki  ☐ Ruchy głowy  ☐ Zaciskanie zębów lub ruchy szczęką  ☐ Uciskanie głowy, szyi lub okolicy ucha  ☐ Drzemka  ☐ Niewyspanie  ☐ Prowadzenie samochodu  ☐ Stres lub zdenerwowanie  ☐ Bycie zrelaksowanym  ☐ Po wypiciu alkoholu  ☐ Po wypiciu kawy  ☐ Po zażyciu leków  ☐ Noszenie aparatów słuchowych  ☐ Inne. Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Żadne z powyższych |
| B20 | Czy w ciągu ostatniego roku był/a Pan/Pani u lekarza pierwszego kontaktu lub u innego specjalisty w przychodni lub szpitalu z powodu Pana/Pani szumów usznych? | | |
|  | ☐ Tak, 5 lub więcej wizyt  ☐ Tak, 2-4 wizyty  ☐ Tak, tylko raz  ☐ Nie  ☐ Nie pamiętam | | |
| B21 | Czy aktualnie korzysta Pan/Pani z którejś z wymienionych poniżej metod leczenia lub terapii szumów usznych? | | |
|  | Może Pan/Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. | | |
|  | ☐ Leczenie psychiatryczne  ☐ Psychoterapia  ☐ Leczenie audiologiczne (np. terapia dźwiękiem, aparaty słuchowe)  ☐ Fizjoterapia  ☐ Leczenie we własnym zakresie (np. suplementy diety, grupy wsparcia, ćwiczenia relaksacyjne)  ☐ Inne. Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Żadne z powyższych | | |
| B22 | Czy uważa Pan/Pani, że którekolwiek z sytuacji/ czynności wymienionych wcześniej lub jakiekolwiek inne sytuacje/czynności powodują pogorszenie się Pana/Pani szumów usznych? | | |
|  | (Możliwe jest wskazanie maksymalnie trzech odpowiedzi - proszę wybrać najbardziej istotne) | | |
|  | ☐ Nie  ☐ Tak. Proszę wymienić, jakie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  |  | | |
| Dziękujemy za udział w badaniu. | | | |