

QUESTIONÁRIO SOBRE HISTÓRICO DO ZUMBIDO

NOME:

DATA:

DATA DE NASCIMENTO:

1. Idade:

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Mão de preferência: Direita Esquerda Ambas

4. História familiar de zumbido:

SIM NÃO
se SIM: pais irmãos filhos

5. Início: Quando você percebeu o zumbido pela primeira vez? _____

6. Como foi essa percepção no início? Gradual Súbita

7. O início do seu zumbido foi relacionado a:

Ruído intenso whiplash perda auditiva estresse
 trauma craniano outros _____

8. O seu zumbido parece PULSAR ?

SIM, como o coração SIM, diferente do coração NÃO

9. Onde você percebe seu zumbido?

- orelha direita orelha esquerda ambas, pior à E ambas, pior à D
 ambas iguais na cabeça outro lugar

10. Como o seu zumbido se manifesta ao longo do tempo?

- intermitente constante

11. A **INTENSIDADE** do seu zumbido muda de um dia para o outro?

- SIM NÃO

12. Descreva a **INTENSIDADE** do seu zumbido em uma escala de 1 a 100.

(1 = **MUITO BAIXO**; 100 = **MUITO ALTO**)

_____ (1 – 100)

13. Por favor, descreva com suas palavras o tipo de som do seu zumbido:

Essa lista exemplifica algumas sensações, mas fique à vontade para usar outros termos: chiado, apito, assobio, grilo, cigarra, pulsação, clique, tonal (como linha de telefone ou outros tons), estalos, mar, bolhas, rugido, etc.

14. O seu zumbido é mais parecido com um tom ou com um chiado?

- tom chiado grilos outro

15. Por favor, descreva a FREQUÊNCIA do seu zumbido:

muito aguda aguda média grave

16. No ultimo mês, que porcentagem do seu tempo total acordado você esteve consciente do seu zumbido? Por exemplo, 100% indicaria que você esteve consciente do seu zumbido o tempo todo, enquanto 25% indicaria $\frac{1}{4}$ do tempo

_____ % (Por favor, escreva um único número de 1 a 100)

17. No ultimo mês, que porcentagem do seu tempo total acordado você esteve incomodado, estressado ou irritado com o seu zumbido?

_____ % (Por favor, escreva um único número de 1 a 100)

18. Quantos tratamentos diferentes você se submeteu por causa do seu zumbido?

nenhum um alguns vários

19. O seu zumbido diminui na presença de música ou outros sons ambientais, como o de uma cachoeira ou da água corrente quando você está no chuveiro?

SIM NÃO Não sei

20. Sons altos fazem o seu zumbido piorar?

SIM NÃO Não sei

21. Algum movimento da cabeça ou do pescoço (ex: movimentos de mandíbula ou apertamento dos dentes), ou algum toque nos seus braços/mãos ou cabeça mudam o seu zumbido?

SIM NÃO

22. Tirar uma soneca durante o dia altera o seu zumbido?

piora meu zumbido melhora meu zumbido não muda

23. Há alguma relação entre o seu sono à noite e o seu zumbido durante o dia?

SIM NÃO Não sei

24. O estresse influencia o seu zumbido?

piora meu zumbido melhora meu zumbido não muda

25. Algum medicamento teve efeito no seu zumbido?

Medicamento	Detalhe o efeito

26. Você acha que tem um problema de audição?

SIM NÃO

27. Você usa aparelho de audição?

à direita à esquerda nos dois ouvidos nenhum

28. Você tem dificuldade para tolerar sons porque eles geralmente parecem muito altos? Isto é, você frequentemente acha que os sons que outras pessoas acham confortáveis são muito altos ou até dolorosos para você?

nunca raramente algumas vezes geralmente sempre

29. Os sons lhe causam dor ou desconforto físico?

SIM NÃO Não sei

30. Você costuma ter dor de cabeça?

SIM NÃO

31. Você costuma ter vertigens ou tonturas?

SIM NÃO

32. Você tem problemas na articulação temporomandibular?

SIM NÃO

33. Você costuma ter dores no pescoço?

SIM NÃO

34. Você costuma ter outros tipos de dor?

SIM NÃO

35. Você está atualmente em tratamento de problemas psiquiátricos?

SIM NÃO