

QUESTIONÁRIO SOBRE O HISTORIA CLÍNICA DO ZUMBIDO

NOME:

DATA:

DATA DE NASCIMENTO:

1. Idade:

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Mão de preferência: Direita Esquerda Ambas

4. Historia familiar de zumbido:

SIM

NÃO

se SIM: pais irmãos filhos

5. Início: Quando se apercebeu do zumbido pela primeira vez? _____

6. Como foi essa percepção no início? Gradual Súbita

7. O início do seu zumbido esteve relacionado com:

ruído intenso lesão cervical em chicote (whiplash)

perda auditiva stress traumatismo craniano

outros _____

8. O seu zumbido parece PULSAR?

SIM, como o coração

SIM, diferente do coração

NÃO

9. Em que local sente o seu zumbido?

- ouvido direito ouvido esquerdo ambos, pior à esquerda ambos, pior à direita
 ambos iguais na cabeça outro lugar

10. Como se manifesta o seu zumbido 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 numa escala de 1 a 100.

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

_____ (1 – 100)

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

Esta lista exemplifica algumas sensações, mas fique à vontade para usar outros termos: 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 ruído?

- tom ruído grilos outro

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

muito aguda aguda média grave

16. No último mês, qual percentagem do período de tempo em que está acordado esteve consciencioso seu zumbido? Por exemplo, 100% indicaria que esteve consciente do seu zumbido durante todo o tempo, enquanto 25% indicaria apenas ¼ do tempo

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

17. No último mês, qual a percentagem do período de tempo em que está acordado esteve incomodado, stressado ou irritado com o seu zumbido?

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

18. A quantos tratamentos diferentes se submeteu por causa do seu zumbido?

nenhum um alguns (2-4) vários (5 ou mais)

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

SIM NÃO Não sei

20. Sons altos fazem o seu zumbido piorar?

SIM NÃO Não sei

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

SIM NÃO

22. Fazer uma sesta durante o dia altera o seu zumbido?

piora

melhora

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 stress influencia o seu zumbido?

piora

melhora

não muda

25. Algum medicamento teve efeito no seu zumbido?

Medicamento	Detalhe o efeito

26. Acha que tem algum problema de audição?

SIM

NÃO

27. Usa aparelho auditivo?

à direita

à esquerda

nos dois ouvidos

nenhum

28. Tem dificuldade em tolerar sons porque geralmente parecem muito altos? Isto é, acha que os sons que as outras pessoas acham confortáveis são muito altos ou até dolorosos para si?

nunca

raramente

algumas vezes

geralmente

sempre

29. Os sons causam-lhe dor ou desconforto físico?

SIM NÃO Não sei

30. Costuma ter dor de cabeça?

SIM NÃO

31. Costuma ter vertigens ou tonturas?

SIM NÃO

32. Tem algum problema na articulação temporo-mandibular?

SIM NÃO

33. Costuma ter dores no pescoço?

SIM NÃO

34. Costuma ter outros tipos de dor?

SIM NÃO

35. Atualmente encontra-se em tratamento para algum problema de foro psiquiátrico?

SIM NÃO