



پرسشنامه پیامد سینوس - بینی SNOT-22

کد PCID:

نام و نام خانوادگی شرکت کننده:

تاریخ تکمیل پرسشنامه: / /

تکمیل کننده پرسشنامه:

بدترین حالت ممکن	شدید	متوسط	خفیف یا اندک	خیلی خفیف	بدون مشکل	
						۱- نیاز به تخلیه مکرر بینی
						۲- انسداد بینی
						۳- عطسه
						۴- سرفه
						۵- آبریزش بینی
						۶- ترشحات پشت بینی
						۷- ترشحات غلیظ بینی
						۸- کاهش حس بویایی
						۹- پری گوش
						۱۰- احساس گیجی
						۱۱- درد گوش
						۱۲- درد/احساس فشار در صورت
						۱۳- مشکل در خواب رفتن
						۱۴- بیدار شدن شبانه
						۱۵- کاهش خواب مطلوب شبانه
						۱۶- خسته از خواب بیدار شدن
						۱۷- خستگی روزانه
						۱۸- کاهش کارایی
						۱۹- کاهش تمرکز
						۲۰- ناامیدی/بیقراری/تحریک پذیری
						۲۱- غمگینی
						۲۲- خجالت کشیدن