**HULL AIRWAY REFLUX QUESTIONNAIRE**

Nome:

Data Nascimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UN (?): \_\_\_\_\_

Data do Teste:

Por favor assinale a respostaque lhe parece mais apropriada para cada questão

|  |
| --- |
| **Durante o ULTIMO MES, quanto os problemas abaixo atrapalharam seu dia-a-dia? 0 = não atrapalharam nada e 5 = atrapalharam muito mesmo**  |
| Rouquidão ou uma alteração da sua voz | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pigarro ou necessidade de “limpar a garganta” | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sensação de algo escorrendo na parte de trás do seu nariz ou garganta | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Náusea ou vómitos quando tosse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tosse ao deita ou ao curvar-se (abaixar pra fente) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Aperto no peito ou chiado ao tossir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Azia, indigestão,sensação de acidez na garganta (se você usar medicamentos para estes sintomas, assinale pontuação 5) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Coceiraou nó na sua garganta | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tosse ao comer (durante ou logo após as refeiçoes) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tosse ao comer alguns alimentos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tosse ao acordar/levantar da cama de manhã  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tosse causada por cantar ou falar (por exemplo, falando ao telefone) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tosse mais de dia (acordado) do que a noite dormindo  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Um gosto estranho na boca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

 TOTAL ESCORE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /70