**שאלון החזר (ריפלוקס) דרכי אוויר של Hull**

שם:

תאריך לידה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר יחידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך הבדיקה:

אנא הקף בעיגול את התשובה המתאימה ביותר לכל שאלה

|  |
| --- |
| **במהלך החודש האחרון, כיצד השפיעו עליך הבעיות הבאות?**  **0 = אין בעיה 5 = בעיה חמורה/לעתים קרובות** |
| צרידות או בעיה עם הקול שלך | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| כחכוח בגרון | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| תחושה שמשהו נוזל במורד החלק האחורי של האף או הגרון שלך | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| חשק להקיא או הקאה במהלך השיעול | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| שיעול ברגע שאתה נשכב או מתכופף | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| תחושה של לחץ בחזה או חרחורים בזמן השיעול | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| צרבת, קשיי עיכול, חומצת קיבה שעולה מהקיבה (או האם אתה לוקח תרופה לטיפול בכך; אם כן, יש לבחור 5) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| דגדוג בגרון שלך, או גוש בגרון | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| שיעול בעת אכילה (במהלך ארוחות או זמן קצר אחריהן) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| שיעול שמתרחש בעת אכילת מזונות מסוימים | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| שיעול כאשר אתה יוצא מהמיטה בבוקר | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| שיעול שנגרם משירה או דיבור (למשל, בטלפון) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| שיעול רב יותר במהלך העירות בהשוואה לשינה | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| טעם מוזר בפה שלך | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ניקוד כולל 70/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_