

Questionário do Exame Otoneurológico
Trazer preenchido no dia do exame

Nome: _____

Profissão: _____ Idade: _____ anos

1. Quais são os sintomas?

tontura dor de cabeça zumbido desequilíbrio

outros

especifique _____

2. Há quanto tempo se iniciaram? _____

3. Quanto tempo duram as crises de tontura? _____

4. Como sente as tonturas?

que o ambiente roda que você roda mexer o chão uma oscilação como em um navio um desequilíbrio sensação de flutuação

Com relação a intensidade das tonturas:

são leves e não atrapalham suas atividades são moderadas e atrapalham suas atividades são intensas e impedem suas atividades.

O que piora ou desencadeia a tontura? tensão nervosa levantar a cabeça mover a cabeça para trás ou para frente rodar a cabeça para a direita ou esquerda movimentos bruscos de cabeça andar de carro deitar-se ou levantar-se tossir ou espirrar outros quais?

5. O que sente quando tem tontura?

ânsia de vômito diarreia transpira muito palpitação palidez
 diminui a audição melhora a audição pressão em ouvidos
 aparece ou aumenta barulho nos ouvidos escurecimento de visão
 desmaios dor de cabeça.

6. Tem percebido ultimamente:

perda de memória sensação de cabeça oca ou inchada insônia
 voz pastosa tremores nas mãos quedas freqüentes perda de força nas extremidades suor nas mãos sonolência excessiva
 estalido próximo do ouvido ao abrir ou fechar a boca.

7. Já teve nos últimos dois anos (ou tem)?

infecção em ouvido, qual? _____ paralisia facial, em qual lado _____ algum acidente com batida na cabeça

sangramento pelo ouvido, qual _____

8. Com relação à sua audição:

() fora das crises ouve bem () barulhos altos o incomodam () ouve menos de algum ouvido, qual? _____ () vem piorando () ouve o som mas não entende bem o que as pessoas falam () ficou surdo de repente, há quanto tempo? _____

9. Tem barulho ou zumbido nos ouvidos?

() não / () direito () esquerdo / () apito () chiado () grilo () cachoeira () motor () barulho do mar () outro tipo, qual? _____ () é contínuo () pulsátil () tem alturas variadas () acompanha o ritmo do coração.

10. Está em uso de medicamentos?

Quais? _____

11. Toma café, chá preto ou mate? quantas xícaras ao dia? _____

12. Fuma? quantos cigarros por dia _____

13. Toma bebida alcoólica, quais e quantas doses por dia? _____

14. Faz uso de alguma substância psicoativa?

() não () maconha () cocaína () anfetamina () outras, quais e com que frequência? _____

15. Outras informações que julgar importantes.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável: _____