

פרטים כלליים

- שם מלא: _____
- גיל: _____
- מקצוע / עיסוק: _____
- תאריך מילוי: _____

1. תיאור התלונות

- מהי התחושה העיקרית?
 - ☐ סחרחורת סיבובית (הכול מסתובב)
 - ☐ תחושת שיוט / חוסר יציבות
 - ☐ עילפון/נטייה להתעלף
 - ☐ אחר: _____
- מתי הופיעה התלונה לראשונה? _____
- כמה זמן נמשכת כל אפיזודה? _____
- באיזו תדירות זה מופיע?
 - ☐ יומיומי
 - ☐ שבועי
 - ☐ לסירוגין (בהתקפים)

2. גורמים מחמירים/מקלים

- מה מחמיר את התופעה?
 - ☐ שינוי תנוחה (קימה/שכיבה/הטיית ראש)
 - ☐ תנועה/נסיעה ברכב
 - ☐ מאמץ פיזי
 - ☐ רעש/אור חזק
 - ☐ אחר: _____
- מה מקל על התחושה? _____

3. תסמינים נלווים

- האם יש:
 - ☐ בחילות/הקאות
 - ☐ טינטון (צפופים באוזניים)
 - ☐ ירידה בשמיעה
 - ☐ כאב ראש
 - ☐ ראייה מטושטשת/כפולה
 - ☐ נימול / חולשה בגפיים
 - ☐ כאב צוואר / גב
 - ☐ דפיקות לב / קוצר נשימה
-

4. היסטוריה רפואית

- מחלות רקע: _____
 - תרופות קבועות: _____
 - ניתוחים/פציעות ראש/צוואר בעבר: _____
 - בעיות אוזניים בעבר (דלקות, ירידת שמיעה): _____
 - מחלות נוירולוגיות במשפחה: _____
-

5. השפעה על תפקוד יומיומי

- האם יש מגבלה בהליכה/עמידה?
 - האם יש חשש מנפילות?
 - האם ההפרעה מקשה על עבודה/נהיגה?
 - האם זה גורם לחרדה/הימנעות מפעילויות?
-

6. שאלות פתוחות

- מה הכי מטריד אותך במצבך? _____?
- מה הציפיות שלך מהטיפול? _____?