



AUDIOPROT

AUDICIÓN - VÉRTIGO - MAREO

Cuestionario Pacientes de Vértigo – Mareo v1

Nombre

Edad

Fecha

Describa el motivo de su consulta.

Cuándo se inició su problema? Detalle las circunstancias en las que se desarrolló la primera crisis y los factores que pudieron influir en ella.

Describa cómo se desarrolla una crisis típica. Concrete el momento de aparición, frecuencia y duración. Anote el número de crisis en los últimos seis meses.

De qué manera se han modificado las crisis desde la primera ocasión?

Detalle en el siguiente cuadro, si ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o tiene alguno de los siguientes síntomas:

	Si	No
Otitis (infección de oído externo o medio)		
Laberintitis (infección del oído interno)		
Sinusitis		
Sordera (disminución en la audición)		

Dolor, presión en el oído		
Dolo, adormecimiento o p[ar]alisis en la cara		
Usa gafas (lentes resetados) En caso afirmativo anote la correccion _____		
Ruidos en el o[ido]. En caso afirmativo marque sus caracter[is]ticas: <input type="checkbox"/> puls[ati]l o <input type="checkbox"/> continuo <input type="checkbox"/> espor[ad]ico o <input type="checkbox"/> permanente <input type="checkbox"/> de tono grave o <input type="checkbox"/> de tono agudo		

Concrete, con detalles en caso de respuesta afirmativa, si alguno de estos s[im]tomas se aplica a se mareo o v[er]tigo:

- Problemas al caminar Si No
- Problemas de equilibrio Si No
- Ca[ida]s Si No
- Problemas con los giros en la cama Si No
- Sensaci[on] de movimiento del ambiente Si No
- Sensaci[on] de movimiento propio Si No
- Sensacion de giro de la cabeza Si No
- Sensaci[on] de inclinaci[on], r[ota]ci[on] o ca[ida] Si No
- Sensaci[on] de flotaci[on] Si No
- Mareo; tendencia a caer Si No
- Miedo a estar en sitios publicos, espacios abiertos Si No

- Sudoración __ Si __ No

- Problemas al caminar __ Si __ No

- Sequedad de boca, ojos __ Si __ No

- Trastornos del olfato/gusto __ Si __ No

- Visión doble __ Si __ No

- Imágenes separadas lateralmente __ Si __ No

- Imágenes rotadas __ Si __ No

- Visión doble arriba/abajo __ Si __ No

- Visión borrosa __ Si __ No

- Destellos de luz (flash) __ Si __ No

- Problemas al leer __ Si __ No

Mencione otros síntomas que no hayan sido descritos antes:

Que piensa usted que ha podido desencadenar sus problemas de mareo/vértigo?

Que le han dicho que puede ser la causa de sus problemas de mareo/vértigo?

Anote las medicaciones que estaba tomando al momento de iniciar sus mareos y si en estos momentos modifica la dosis de alguna de ellas.

En que medida las maniobras descritas en el siguiente cuadro desencadenan o agravan sus síntomas?

	No	A veces	Intensamente
Girar en la cama			
Flexion anterior, mirar hacia arriba			
Levantarse rápidamente			
Movimientos rápidos de la cabeza			
Caminar en la oscuridad			
Caminar sobre superficies irregulares o blandas			
Ascensores, escaleras electricas			
Viaje en avión, carro, autobus o barco			
Sonidos intensos			
Toser, reir, estornudar			
Objetos en movimiento, luces, limpiaparabrisas, etc.			
Mover los ojos con la cabeza quieta			
Quieto con los ojos cerrados			
Presión contra los oídos			
Pasillos de supermercados. Espacios amplios			
Tuneles, puentes, altura			
Pensar en o anticiparse a situaciones en las que ha sufrido mareo o vértigo			
Ejercicio			
Stress			
Períodos menstruales			
__ Comida __ Ayuno			
__ Café __ Alcohol			
__ Depresión __ Ansiedad __ Nerviosismo			

<input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío			
Cierta hora del día _____			

Otros cuestiones sobre su mareo/vértigo. En caso afirmativo, de detalles.

Puede desencadenar voluntariamente su mareo o vértigo?

Sí No

Ha padecido frecuentemente mareo al viajar el coche/autobus? Sí No

Realiza ejercicios de gimnasia, aerobic? Sí No

Ha observado alguien si durante las crisis sus ojos se mueven?

Sí No

Le han realizado algun estudio con agua o aire en sus oídos? Sí No

En caso afirmativo a la pregunta anterior, el vertigo es similar a lo que noto en ese momento?

Sí No

A lo largo del último año, anote si ha percibido.

Pérdida de fuerza o energía

Sí No

Pérdida o ganancia de peso

Sí No

Pérdida de memoria, cambios en la habilidad para escribir

Sí No

Manchas en la piel

Si No

Pinchazos o adormecimiento en la cara o extremidades

Si No

Dolores musculares o de articulaciones

Si No

Diarrea, estreñimiento

Si No

Episodios de fiebre

Si No

Trastornos del sueño. Ronquido, apneas en el sueño

Si No

Problemas intestinales

Si No

Dolores de garganta o molestias

Si No

Trastornos menstruales

Si No

Dificultad para respirar

Si No

Problemas al masticar o tragar la comida sólida

Si No

Problemas al tomar alimentos líquidos

Si No

Temblor, falta de coordinación de extremidades

Si No

Crisis de sudoración o frío

Si No

Palpitaciones

Si No

Migraña u otros dolores de cabeza.

Si No

Si responde afirmativamente a esta pregunta, detalle a continuación:

Cuando empezaron sus dolores de cabeza

Número de episodios en los últimos 6 meses

Intensidad subjetiva (1-10, siendo 10 lo más severo)

Sus dolores de cabeza (marque lo que corresponda).

Duran más de cuatro horas Si No

Comienzan en un lado de la cabeza Si No

Son de tipo pulsátil o palpitante Si No

Interfieren en su actividad Si No

Se agravan por la actividad física rutinaria Si No

Presenta náuseas y/o vómitos Si No

Aumentan con la luz o el ruido Si No

Son provocados al toser o estornudar Si No

Van precedidos por la visión de luces brillantes o destellos Si No

Se alivian al descansar o dormir Si No

Requiere la ingesta de medicación para controlarlos Si No

Problemas médicos habituales (antecedentes personales).

Detalle si ha padecido algún traumatismo en:

Oídos Si No

Ojos Si No

Cabeza Si No

Cuello Si No

Otros Si No

Ha sido intervenido/a quirúrgicamente de..?

Oídos Si No

Ojos Si No

Cabeza Si No

Cuello Si No

Otros Si No

Ha estado expuesto/a a alguna de las siguientes eventualidades?

Venenos, gases, productos químicos

Si No

Enfermedades tropicales

Si No

Picaduras de insectos

Si No

Antibióticos por vía intravenosa

Si No

SIDA

Si No

Transfusiones de sangre en los últimos 10 años

Si No

Sonidos intensos (maquinaria, armas, etc)

Si No

Tratamiento quimioterápico

Si No

Radioterapia

Si No

Medicaciones para depresión, ansiedad

Si No

Medicación para dormir

Si No

Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

Mononucleosis infecciosa

Si No

Meningitis

Si No

Enfermedad de Lyme

Si No

Otras infecciones

Si No

Presenta en la actualidad o ha padecido problemas de.?

Corazón Si No

Diabetes Si No

Tiroides Si No

Colesterol Si No

Tensión arterial alta o baja Si No

Dolores de espalda Si No

Dolor de cuello Si No

Pérdidas de conocimiento Si No

Enfermedades de la sangre (anemia) Si No

Enfermedades de la piel y mucosas Si No

Artritis Si No

Psiquiátricos Si No

Depresión Si No

Ansiedad, fobias, ataques de pánico Si No

Detalle si padece de algún tipo de alergia.

Mencione aquellas enfermedades que haya padecido y que no han sido recogidas en el cuestionario.

Hábitos

Ingesta de alcohol? Si No Cantidad

Fuma o ha fumado? Si No Cantidad

Antecedentes de ingestión o exposición a drogas Si No

Utiliza sal en las comidas? Si No

Sigue algún régimen dietético? Si No

Tiene animales en casa? Si No

Medicaciones. Anote las medicaciones que está tomando en la actualidad y su dosis.

Por último, anote los antecedentes familiares de enfermedades relacionadas o muy habituales entre sus allegados.