

Gasztro-Oeophagealis Reflux Életminőség Kérdőív (GERD-HRQL)

Név:	Születési idő:
	Neme:
Taj szám:	Kitöltési segédlet: 0 = Nincs jelen a tünet. 1 = Tapasztalható a tünet, de nem zavaró mértékben. 2 = Tapasztalható a tünet, zavaró mértékben, de nem minden nap. 3 = A tünet minden nap zavaró mértékben jelen van. 4 = A tünet befolyásolja a hétköznapi tevékenységeket. 5 = A tünet meggátol a hétköznapi tevékenységek elvégzésében.
Telefonszám:	
E-mail cím:	

*Kérjük jelölje be az állapotának legmegfelelőbb pontszámot az **elmúlt két hét** tapasztalatai alapján!*

- | | |
|---|---|
| 1. Milyen súlyos a gyomorégése? | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 |
| 2. Gyomorégés lefekvéskor/fekve? | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 |
| 3. Gyomorégés felálláskor/állva? | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 |
| 4. Gyomorégés étkezés után? | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 |
| 5. Gyomorégés miatt változtat-e a napi étkezésén? | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 |
| 6. Gyomorégés felébreszti álmából? | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 |
| 7. Van-e nyelési nehezítettsége? | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 |
| 8. Van-e fájdalma nyelés közben? | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 |
| 9. Ha gyógyszert szed, az befolyásolja a napi közérzetét? | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 |
| 10. Milyen súlyos a savas visszaáramlása (savas felbőfögése)? | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 |
| 11. Savas visszaáramlás lefekvéskor/fekve? | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 |
| 12. Savas visszaáramlás felkeléskor/állva? | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 |
| 13. Savas visszaáramlás étkezés után? | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 |
| 14. A savas visszaáramlás befolyásolja a napi közérzetét? | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 |
| 15. Savas visszaáramlás felébreszti álmából? | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 |
| 16. Mennyire elégedett a jelenlegi állapotával? | |
| ☐ Elégedett ☐ Semleges ☐ Elégedetlen | |

Szedett gyógyszerek:

- Nem szed gyógyszert
- Savlekötők (Rennie antacidum, szódabikarbóna, stb.)

Név: _____ Elkezdve: _____ Indította: _____

- H2 Blokkolók (Quamatel stb.)

Név: _____ Elkezdve: _____ Indította: _____

- Proton-pumpa gátlók (Omeprazol, Pantoprazol, Controloc stb.)

Név: _____ Elkezdve: _____ Indította: _____

- Prokinetikumok (Cerucal stb.)

Név: _____ Elkezdve: _____ Indította: _____

- Szed bármilyen gyógyszert hasi puffadásra?

Ha igen mit: _____

Testsúly : _____

Tesmagasság : _____

Orvos aláírása, pecsét

ÖSSZPONTSZÁM

Kitöltés dátuma