

Huntington's Disease Dysphagia Scale
Heemskerk, A. W i wsp. 2014

Imię i Nazwisko		Data				
1	Czy ślini się Pan/Pani w ciągu dnia?	Nie, prawie nigdy	Tak, rzadko	Tak, czasami	Tak, często	Tak, zawsze
		1	2	3	4	5
2	Czy miewa Pan/Pani poczucie, że ma Pan/Pani zbyt dużo jedzenia w ustach, tak, że nie może Pan/Pani już więcej przełykać?	Nie, prawie nigdy	Tak, rzadko	Tak, czasami	Tak, często	Tak, zawsze
		1	2	3	4	5
3	Czy jedzenie/picie wydostaje się Panu/Pani z ust podczas jedzenia?	Nie, prawie nigdy	Tak, rzadko	Tak, czasami	Tak, często	Tak, zawsze
		1	2	3	4	5
4	Czy zdarza się, żeby pokarmy albo napoje wydostawały się Panu/Pani przez nos?	Nie, prawie nigdy	Tak, rzadko	Tak, czasami	Tak, często	Tak, zawsze
		1	2	3	4	5
5	Czy zawsze udaje się Panu/Pani z powodzeniem przełknąć napoje i pokarmy?	Tak, prawie zawsze	Tak, często	Tak, czasami	Tak, rzadko	Nie, prawie nigdy
		1	2	3	4	5
6	Czy zdarza się Panu/Pani zadławić podczas połykania pokarmów lub napojów?	Nie, prawie nigdy	Tak, rzadko	Tak, czasami	Tak, często	Tak, zawsze
		1	2	3	4	5
7	Czy zdarza się Panu/Pani kaszleć podczas połykania pokarmów lub napojów?	Nie, prawie nigdy	Tak, rzadko	Tak, czasami	Tak, często	Tak, zawsze
		1	2	3	4	5
8	Czy zdarza się Panu/Pani kichać podczas połykania pokarmów lub napojów?	Nie, prawie nigdy	Tak, rzadko	Tak, czasami	Tak, często	Tak, zawsze
		1	2	3	4	5
9	Czy zdarza się Panu/Pani nieoczekiwanie odetchnąć podczas połykania pokarmów lub napojów - innymi słowy nagle odetchnąć w trakcie połykania?	Nie, prawie nigdy	Tak, rzadko	Tak, czasami	Tak, często	Tak, zawsze
		1	2	3	4	5
10	Czy zdarza się, że pokarm lub napój wraca Panu/Pani do ust po tym jak się właśnie Pan/Pani je połknął/połknęła?	Nie, prawie nigdy	Tak, rzadko	Tak, czasami	Tak, często	Tak, zawsze
		1	2	3	4	5
11	Czy zdarza się Panu/Pani uczucie guli w gardle?	Nie, prawie nigdy	Tak, rzadko	Tak, czasami	Tak, często	Tak, zawsze
		1	2	3	4	5