

## Wywiad w kierunku zaburzeń połykania cz. 2 – wywiad szczegółowy

|                        |             |
|------------------------|-------------|
| <b>Imię i Nazwisko</b> | <b>Data</b> |
|                        |             |

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Czy w ostatnim czasie zmieniły się Pana/Pani przyzwyczajenia żywieniowe?                    | NIE | TAK |
| Jeśli tak - od kiedy?   |     |     |
| Czy unika Pan/Pani jakichś produktów lub konsystencji?                                      | NIE | TAK |
| Jeśli tak, jakich?  |     |     |
| Czy je Pan/Pani obecnie mniej niż dawniej?  | NIE | TAK |
| Czy je Pan/Pani obecnie wolniej niż dawniej?  | NIE | TAK |
| Czy przyjmuje Pan/Pani podczas jedzenia zmienioną pozycję?                                  | NIE | TAK |
| Jeśli tak, jaką?  |     |     |
| Czy żucie sprawia obecnie Panu/Pani trudność?   | NIE | TAK |
| Czy ma Pan/Pani trudność z przesunięciem kęsa z jamy ustnej do gardła?                      | NIE | TAK |
| Czy odczuwa Pan/Pani temperaturę pokarmów mniej intensywnie niż dawniej?                    | NIE | TAK |
| Czy po połknięciu część kęsa lub łyka pozostaje Panu/Pani w ustach?                         | NIE | TAK |
| Czy konieczne jest kilkakrotne przełknięcie, aby w całości połknąć jednorazowy kęs lub łyk? | NIE | TAK |
| Czy zdarza się, że podczas posiłku pokarm wydostaje się Panu/Pani z ust?                    | NIE | TAK |

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| Czy zdarza się, że podczas posiłku pokarm dostaje się Panu/Pani do nosa lub ma Pan/Pani ataki kichania?        | NIE | TAK |
| Czy ma Pan/Pani uczucie, że przy jedzeniu pokarm utyka Panu/Pani w gardle?                                     | NIE | TAK |
| Czy odczuwa Pan/Pani ból podczas połykania?  | NIE | TAK |
| Czy miewa Pan/Pani zgagę lub uczucie pieczenia za mostkiem?  | NIE | TAK |
| Czy zdarza się, że pokarm wraca po połyknięciu do ust?   | NIE | TAK |
| Czy ma Pan/Pani duszność podczas jedzenia?   | NIE | TAK |
| Czy po połyknięciu zmienia się Panu/Pani głos, tak, że konieczne jest odchrząknięcie?                          | NIE | TAK |
| Czy zdarza się Panu/Pani zakrztusić lub czy musi Pan/Pani kaszleć po połyknięciu?                              | NIE | TAK |
| Czy stracił Pan/Pani ostatnio na wadze w niezamierzony sposób?   | NIE | TAK |
| Czy zdarza się Panu/Pani odwodnienie organizmu?  | NIE | TAK |
| Czy stwierdzano u Pana/Pani nawracające zapalenia oskrzeli/płuc?   | NIE | TAK |
| Czy stwierdzano u Pana/Pani gorączkę niewiadomego pochodzenia?   | NIE | TAK |
| Czy zauważył Pan/Pani u siebie zwiększoną ilość wydzieliny w drogach oddechowych lub zwiększenie ilości śliny? | NIE | TAK |
| Czy odczuwa Pan/Pani często suchość w ustach?  | NIE | TAK |
| Czy odczuwa Pan/Pani często konieczność odchrząkiwania?  | NIE | TAK |
| Czy miewa Pan/Pani uczucie przeszkody, ucisku w gardle?  | NIE | TAK |