

Data ___/___/___

Terapia in atto:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Per favore utilizzi questa scala per dare un punteggio a ognuna delle domande di seguito riportate, tenendo in considerazione la gravità del problema e la sua frequenza		Nessun problema	Problema molto lieve	Problema lieve	Problema moderato	Problema severo	Problema molto severo
1	Necessità di soffiarsi il naso	0	1	2	3	4	5
2	Starnutazione						
3	Rinorrea anteriore (secrezione nasale anteriore)						
4	Ostruzione nasale						
5	Riduzione del gusto/olfatto						
6	Tosse						
7	Rinorrea posteriore (scolo retronasale di secrezioni)						
8	Secrezioni nasali dense						
9	Ovattamento auricolare						
10	Stordimento						
11	Dolore auricolare						
12	Dolore/pesantezza al volto						
13	Difficoltà ad addormentarsi						
14	Risvegli notturni						
15	Sonno poco riposante						
16	Stanchezza al risveglio						
17	Spossatezza/Affaticamento						
18	Ridotta produttività						
19	Ridotta concentrazione						
20	Senso di frustrazione/irrequietezza/irritabilità						
21	Tristezza						
22	Imbarazzo						
TOTALE (OGNI COLONNA)							
PUNTEGGIO TOTALE							

