

TINNITUS SAMPLE CASE HISTORY QUESTIONNAIRE (TSCHQ)

Namn:

PATIENT-ID:

DATUM for besök:

Screening

FÖDELSEDATUM (åååå/mm/dd):

1. Ålder:

2. Kön:

man

kvinna

3. Hänthet

höger

vänster

båda sidor

4. Har någon i din familj tinnitus?

JA

om JA:

Föräldrar

Syskon

Barn

NEJ

5. Initial debut: När uppmärksammade du första gången din tinnitus (åååå/mm/dd)?

6. Hur uppfattade du starten?

gradvis

plötsligt

7. Var den första uppkomsten av tinnitus relaterad till:

mycket högt ljud

"whiplash" (pisksnärt)

förändring av hörseln

stress

skallskada

annat

8. Pulserar din tinnitus?

JA, i takt med hjärtslagen

JA, i otakt med hjärtslagen

NEJ

9. Var upplever du att din tinnitus sitter?

- höger öra vänster öra
- båda öronen, mest i vänster båda öronen, mest i höger
- båda öronen, lika mycket inuti huvudet någon annanstans

10. Hur yttrar sig din tinnitus med tiden?

- med avbrott
- konstant

11. Varierar ljudstyrkan på din tinnitus från dag till dag?

- JA NEJ

12. Beskriv LJUDSTYRKAN på din tinnitus på en skala 1-100.

(1 = *MYCKET SVAGT LJUD*; 100 = *MYCKET STARKT LJUD*)

_____ (1 – 100)

13. Var vänlig och beskriv med egna ord hur din tinnitus vanligtvis låter:

Följande lista ger exempel på några möjliga förnimmelser, men använd gärna även andra termer också: väsande, ringande, pulserande, surrande, klickande, knakande, tonala (som en telefonkopplingston eller andra typer av toner), gnolande, poppande, rytande, forsande, skrivmaskin, visslande, tjutande.

14. Låter din tinnitus mer som en ton eller mer som ett brus:

- Ton brus syrsor annat

15. Vilken tonhöjd har din tinnitus?

- mycket högfrekvent högfrekvent medelhög frekvens
 lågfrekvent

16. Hur många procent av din totala vakna tid, under den senaste månaden, har du varit medveten om din tinnitus? Till exempel: 100 % anger att du varit medveten om din tinnitus hela tiden, och 25 % skulle tyda på att du varit medveten om din tinnitus $\frac{1}{4}$ av tiden.

_____ % (Ange en siffra mellan 1 och 100.)

17. Hur många procent av din totala vakna tid, under den senaste månaden, har du varit bekymrad eller irriterad på din tinnitus?

_____ % (Ange en siffra mellan 1 och 100.)

18. Hur många olika behandlingar har du genomgått på grund av din tinnitus?

- ingen en 2 - 4 5 eller fler

19. Reduceras din tinnitus av musik eller av vissa typer av omgivningsljud, till exempel ljudet av ett vattenfall eller ljudet av rinnande vatten när du är står i duschen?

- JA NEJ vet ej.

20. Gör förekomsten av högt ljud din tinnitus värre?

- JA NEJ vet ej.

21. Påverkas din tinnitus av någon rörelse av huvud och hals (t.ex. flytta käken framåt eller bita ihop), eller att någon tar på dina armar/händer?

- JA NEJ

22. Påverkas din tinnitus av om du sover en stund under dagen?

- förvärrar min tinnitus minskar min tinnitus
 har ingen effekt

23. Finns det något samband mellan sömnen på natten och din tinnitus under dagen?

- JA NEJ vet ej.

24. Påverkar stress din tinnitus?

- förvärrar min tinnitus minskar min tinnitus har ingen effekt

25. Har medicinering någon effekt på din tinnitus?

Läkemedel	Effekt, beskriv

26. Anser du att du har en hörselskada?

- JA NEJ

27. Använder du hörapparater?

- Höger Vänster Båda Ingen

28. Har du problem att tolerera ljud, eftersom de ofta verkar alldeles för höga? Det vill säga, tycker du ofta att ljud är för höga eller smärtsamma, medan andra människor omkring dig upplever dem som ganska behagliga?

- Aldrig Sällan Ibland Vanligtvis Alltid

29. Orsakar ljud smärta eller fysiskt obehag för dig ?

JA NEJ vet ej.

30. Lider du av huvudvärk ?

JA NEJ

31. Lider du av svindel eller yrsel ?

JA NEJ

32. Lider du av smärta i käkmuskler eller störrig i käkfunktion ?

JA NEJ

33. Lider du av nackvärk ?

JA NEJ

34. Lider du av andra smärttillstånd ?

JA NEJ

35. Behandlas du för närvarande för psykiska problem ?

JA NEJ