Paziente:

Data:

VERTIGO SYMPTOM SCALE – short form

**DR. EDOARDO BERNKOPF**

Medico chirurgo, Specialista in Odontoiatria e protesi dentaria, P.I. 02581850241

VICENZA 36100- Via Garofolino, 1 - Tel. e Fax 0444/545509

PARMA 43100 - Via Petrarca, 3 - Tel. e Fax 0521/236426

ROMA 00100– Via Massaciuccoli, 19 Tel. 06/86382917

E-mail: edber@studiober.com Sito internet: [www.studiober.com](http://www.studiober.com)

Gentile Paziente, la invitiamo a rispondere ai seguenti quesiti: nell’ultimo mese, quanto spesso ha avuto i seguenti sintomi?

Al controllo dopo mesi

Il giorno della prima visita:

1) Sensazione che lei o le cose intorno a lei stessero

girando o muovendosi, per meno di 20 minuti

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

2) Brividi caldi o freddi

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

3) Nausea, vomito

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

4) Sensazione che lei o le cose intorno a lei stessero

girando o muovendosi, per più di 20 minuti

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

5) Batticuore o palpitazioni cardiache

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

6) Sensazione di disequilibrio, disorientamento

o galleggiamento, per tutto il giorno

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

7) Mal di testa, o senso di pressione nella testa

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

8) Sensazione di disequilibrio, disorientamento

 o galleggiamento, per meno di 20 minuti

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

1) Sensazione che lei o le cose intorno a lei stessero

girando o muovendosi, per meno di 20 minuti

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

2) Brividi caldi o freddi

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

3) Nausea, vomito

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

4) Sensazione che lei o le cose intorno a lei stessero

girando o muovendosi, per più di 20 minuti

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

5) Batticuore o palpitazioni cardiache

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

6) Sensazione di disequilibrio, disorientamento

o galleggiamento, per tutto il giorno

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

7) Mal di testa, o senso di pressione nella testa

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

8) Sensazione di disequilibrio, disorientamento

 o galleggiamento, per meno di 20 minuti

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

9) Incapace di stare in piedi o camminare normalmente

 senza un supporto, deviando o sbandando verso un lato

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

10) Difficoltà a respirare, sensazione di fiato corto

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

11) Sensazione di instabilità, prossimo a perdere

l’equilibrio, per più di 20 minuti

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

12) Eccessiva sudorazione

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

13) Sentirsi mancare, prossimo allo svenimento

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

14) Sensazione di instabilità, prossimo a

 perdere l’equilibrio, per meno di 20 minuti

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

15) Dolori nella regione del petto o del cuore

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

Al controllo dopo mesi

Il giorno della prima visita:

9) Incapace di stare in piedi o camminare normalmente

 senza un supporto, deviando o sbandando verso un lato

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

10) Difficoltà a respirare, sensazione di fiato corto

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

11) Sensazione di instabilità, prossimo a perdere

l’equilibrio, per più di 20 minuti

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

12) Eccessiva sudorazione

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

13) Sentirsi mancare, prossimo allo svenimento

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

14) Sensazione di instabilità, prossimo a

 perdere l’equilibrio, per meno di 20 minuti

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)

4 Molto spesso (la maggior parte dei giorni)

15) Dolori nella regione del petto o del cuore

0 Mai

1 Qualche volta

2 Diverse volte

3 Abbastanza spesso (ogni settimana)