**VALUTAZIONE BASE MENIERE/ATM**

Data valutazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data inizio terapia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cognome**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nome**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data di nascita**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sesso**: \_\_\_

**Altezza**: \_\_\_\_\_ **Peso**: \_\_\_\_\_ **Allergie**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Terapie farmacologiche croniche**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ipertensione**: No / Si / Si, in terapia **Diabete**: No / Si **Cardiopatia**: No / Si

**Disturbi psicologici**: No / Depressione / Ansia / Sd ansioso-depressiva / Altro (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Bruxismo**: No / Si **Bite** **notturno**: No / Si **Ortodonzia**: No / Si **Ch Maxillo-Facciale**: No / Si

**Tonsilliti**: No / Si **Rinosinusite cronica**: No / Si, con polipi / Si, senza polipi **FESS**: No / Si

**Settoplastica**: No / Si **Turbinatoplastica**: No / Si **Tonsillectomia**: No / Si **Adenoidectomia**: No / Si

**OSAS**: No / lieve (AHI 5-15) / moderata (AHI 15-30) / severa (AHI>30)

**Alcol pre-terapia** (indicare tipo di alcolico, numero di bicchieri a settimana): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alcol post-terapia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fumo pre-tp**: Si / No / Ex **Fumo post-tp**: Si / No / Ex

**Dieta iposodica pre-tp**: No / Si **Dieta iposodica post-tp**: No / Si

**Betaistina pre-tp**: No / Si (brevi periodi) / Si (cronico)

**Betaistina post-tp**: No / Si (brevi periodi) / Si (cronico)

**Diuretici pre-tp**: No / Si (brevi periodi) / Si (cronico) **Principio attivo diuretico**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diuretici post-tp**: No / Si (brevi periodi) / Si (cronico) **Principio attivo diuretico**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cortisone intratimpanico pre-tp**: Mai / In fase acuta / Periodicamente

**Cortisone intratimpanico post-tp**: Mai / In fase acuta / Periodicamente

**Gentamicina intratimpanica pre-tp**: No / Si **Gentamicina intratimpanica post-tp**: No / Si

**Infusione mannitolo/Plander**: No / Si(quando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

**TC capo**: No / Si **RM capo**: No / Si **Prove caloriche**: No / Si

**Lato Meniere**: Destro / Sinistro / bilaterale **Data inizio sintomi**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Età insorgenza MD**: \_\_\_\_ **Età inizio terapia**: \_\_\_\_

**PTA pre-tp** (0.5-1-2-3 kHz): \_\_\_\_\_\_ **Stadio MD pre-tp** (≤25=1; 26-40=2; 41-70=3; >70=4): \_\_\_\_\_\_

**PTA post-tp 24**: \_\_\_\_\_\_ **Stadio MD post-tp**: \_\_\_\_\_\_

**N° crisi vertiginose nei 6 mesi pre-tp**: \_\_\_ **N° crisi vertiginose nei 6 mesi post-tp**: \_\_\_

**N° crisi vertiginose tra i 18 e i 24 mesi post-tp**: \_\_\_ **N° crisi vertiginose negli ultimi 6 mesi**: \_\_\_

**FUNCTIONAL LEVEL SCALE**

**Scegliere la frase che meglio descrive il suo stato riguardo i 6 mesi PRIMA della terapia:**

1. Le mie vertigini non inficiano in alcun modo le mie attività.
2. Quando soffro di vertigini devo fermarmi per un po’, ma passano presto e posso riprendere le mie attività. Continuo a lavorare, guidare e intraprendere qualsiasi attività che voglio senza alcuna restrizione. Non ho modificato i miei piani o le mie attività per gestire le mie vertigini.
3. Quando soffro di vertigini devo fermarmi per un po’, ma passano completamente e posso riprendere le mie attività. Continuo a lavorare, guidare e intraprendere la maggior parte delle attività che voglio, ma devo modificare i miei piani e fare delle restrizioni a causa delle vertigini.
4. Sono in grado di lavorare, guidare, viaggiare, prendermi cura della famiglia, o intraprendere la maggior parte delle attività essenziali, ma devo sforzarmi molto per farlo. Devo costantemente fare delle modifiche alle mie attività ed risparmiare energie. Ce la faccio appena.
5. Non sono in grado di lavorare, guidare, o prendermi cura della famiglia. Non sono in grado di fare la maggior parte delle attività che ero solito fare. Devo limitare anche le attività essenziali. Mi sento invalido.
6. Sono stato invalido per 1 anno o più e/o ricevo una pensione di invalidità a causa della mia vertigine o problemi di equilibrio.

**Scegliere la frase che meglio descrive il suo stato riguardo i 6 mesi DOPO la terapia:**

1. Le mie vertigini non inficiano in alcun modo le mie attività.
2. Quando soffro di vertigini devo fermarmi per un po’, ma passano presto e posso riprendere le mie attività. Continuo a lavorare, guidare e intraprendere qualsiasi attività che voglio senza alcuna restrizione. Non ho modificato i miei piani o le mie attività per gestire le mie vertigini.
3. Quando soffro di vertigini devo fermarmi per un po’, ma passano completamente e posso riprendere le mie attività. Continuo a lavorare, guidare e intraprendere la maggior parte delle attività che voglio, ma devo modificare i miei piani e fare delle restrizioni a causa delle vertigini.
4. Sono in grado di lavorare, guidare, viaggiare, prendermi cura della famiglia, o intraprendere la maggior parte delle attività essenziali, ma devo sforzarmi molto per farlo. Devo costantemente fare delle modifiche alle mie attività ed risparmiare energie. Ce la faccio appena.
5. Non sono in grado di lavorare, guidare, o prendermi cura della famiglia. Non sono in grado di fare la maggior parte delle attività che ero solito fare. Devo limitare anche le attività essenziali. Mi sento invalido.
6. Sono stato invalido per 1 anno o più e/o ricevo una pensione di invalidità a causa della mia vertigine o problemi di equilibrio.

**Scegliere la frase che meglio descrive il suo stato nel periodo che va da 1 anno e mezzo a 2 anni DOPO la terapia:**

1. Le mie vertigini non inficiano in alcun modo le mie attività.
2. Quando soffro di vertigini devo fermarmi per un po’, ma passano presto e posso riprendere le mie attività. Continuo a lavorare, guidare e intraprendere qualsiasi attività che voglio senza alcuna restrizione. Non ho modificato i miei piani o le mie attività per gestire le mie vertigini.
3. Quando soffro di vertigini devo fermarmi per un po’, ma passano completamente e posso riprendere le mie attività. Continuo a lavorare, guidare e intraprendere la maggior parte delle attività che voglio, ma devo modificare i miei piani e fare delle restrizioni a causa delle vertigini.
4. Sono in grado di lavorare, guidare, viaggiare, prendermi cura della famiglia, o intraprendere la maggior parte delle attività essenziali, ma devo sforzarmi molto per farlo. Devo costantemente fare delle modifiche alle mie attività ed risparmiare energie. Ce la faccio appena.
5. Non sono in grado di lavorare, guidare, o prendermi cura della famiglia. Non sono in grado di fare la maggior parte delle attività che ero solito fare. Devo limitare anche le attività essenziali. Mi sento invalido.
6. Sono stato invalido per 1 anno o più e/o ricevo una pensione di invalidità a causa della mia vertigine o problemi di equilibrio.

**Scegliere la frase che meglio descrive il suo stato negli ultimi 6 mesi:**

1. Le mie vertigini non inficiano in alcun modo le mie attività.
2. Quando soffro di vertigini devo fermarmi per un po’, ma passano presto e posso riprendere le mie attività. Continuo a lavorare, guidare e intraprendere qualsiasi attività che voglio senza alcuna restrizione. Non ho modificato i miei piani o le mie attività per gestire le mie vertigini.
3. Quando soffro di vertigini devo fermarmi per un po’, ma passano completamente e posso riprendere le mie attività. Continuo a lavorare, guidare e intraprendere la maggior parte delle attività che voglio, ma devo modificare i miei piani e fare delle restrizioni a causa delle vertigini.
4. Sono in grado di lavorare, guidare, viaggiare, prendermi cura della famiglia, o intraprendere la maggior parte delle attività essenziali, ma devo sforzarmi molto per farlo. Devo costantemente fare delle modifiche alle mie attività ed risparmiare energie. Ce la faccio appena.
5. Non sono in grado di lavorare, guidare, o prendermi cura della famiglia. Non sono in grado di fare la maggior parte delle attività che ero solito fare. Devo limitare anche le attività essenziali. Mi sento invalido.
6. Sono stato invalido per 1 anno o più e/o ricevo una pensione di invalidità a causa della mia vertigine o problemi di equilibrio.

**SENSO DI RIPIENEZZA O OVATTAMENTO DELL’ORECCHIO**

* Dopo 6 mesi dalla terapia, indichi quanto è migliorato il senso di ripienezza o ovattamento dell’orecchio da 0 a 10 (0 = nessun miglioramento e 10 = miglioramento completo): \_\_\_\_
* Dopo 2 anni dalla terapia, indichi quanto è migliorato il senso di ripienezza o ovattamento dell’orecchio da 0 a 10 (0 = nessun miglioramento e 10 = miglioramento completo): \_\_\_\_
* Dopo \_\_\_\_\_ (tempo trascorso dalla terapia ad oggi), indichi quanto è migliorato il senso di ripienezza o ovattamento dell’orecchio da 0 a 10 (0 = nessun miglioramento e 10 = miglioramento completo): \_\_\_\_