**ΩΡΛ Κλινική ΠαΓΝΗ**

**Απώλεια Όσφρησης**

Παρακαλώ συμπληρώστε αυτό το ερωτηματολόγιο εάν έχετε χάσει την αίσθηση της όσφρησης σας τον τελευταίο μήνα. Εξαιρούνται αυτοί με ιστορικό τραύματος κεφαλής. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό το να το συμπληρώσετε μόνο μία φορά και με όσο περισσότερη ειλικρίνεια γίνεται.

Εάν επιθυμείτε να επικοινωνήσουμε μαζί σας για περισσότερες πληροφορίες παρακαλώ αποστείλατε το ερωτηματολόγιο στο email: emmanuel.prokopakis@uoc.gr ή a.karatzanis@uoc.gr

Παρακαλώ γράψτε το όνομα σας (Προαιρετικό)

Πόσον χρονών είστε;

1. 18-24
2. 25-29
3. 30-39
4. 40-49
5. 50-59
6. 60-69
7. 70-79
8. 80-84
9. 85+

Ποιο είναι το γένος σας;

* Θηλυκό
* Αρσενικό
* Δεν απαντώ

Πότε χάσατε την αίσθηση της όσφρησης σας;

* < 1 εβδομάδα πριν
* 1-2 εβδομάδες πριν
* 2-3 εβδομάδες πριν
* 3-4 εβδομάδες πριν
* > 4 εβδομάδες πριν

‘Έχετε άλλα συμπτώματα;

* Ναι
* Όχι

Εάν απαντήσατε ναι στην προηγούμενη ερώτηση ποια συμπτώματα από τα παρακάτω έχετε; ( μπορείτε να συμπληρώσετε περισσότερα από ένα )

* Υψηλό πυρετό
* Βήχα
* Ρινική καταρροή
* Δύσπνοια
* Διάρροια
* Επίμονο πόνο ή αίσθημα πίεσης στο στήθος
* Νεοεμφανιζόμενη σύγχυση ή ανικανότητα διέγερσης
* Άλλο

Πότε ξεκίνησε η απώλεια της όσφρησης συγκριτικά με τα υπόλοιπα συμπτώματα;

* Πριν
* Μετά
* Την ίδια χρονική στιγμή

Πόσο σοβαρή θα χαρακτηρίζατε την απώλεια της όσφρησης στα χειρότερα της;

1 2 3 4 5 (1: Φυσιολογική όσφρηση, 5: Πλήρης απώλεια όσφρησης)

‘Έχετε παρατηρήσει βελτίωση;

* Ναι
* ‘Όχι

Είναι η αίσθηση της γεύσης σας μειωμένη;

* Ναι
* ‘Όχι

Μπορείτε να γευθείτε γλυκά/αλμυρά/πικρά;

* Ναι
* ‘Όχι

‘Έχετε επικοινωνήσει με τον ΕΟΔΥ ή άλλον φορέα για συμβουλές;

* Ναι
* ‘Όχι

Έχετε απομονωθεί;

* Ναι
* Όχι

Είχατε κάποιο θετικό τεστ COVID19;

* Ναι (Το τεστ ήταν θετικό)
* Όχι (‘Έκανα το τεστ και βγήκε αρνητικό)
* Δεν έχω κάνει τεστ

Είχατε κάποια γνωστή επαφή που είχε θετικό τεστ για COVID19;

* Ναι
* ‘Όχι

**Ευχαριστούμε για την συνεργασία**

Ε. Προκοπάκης, Αναπ. Καθηγητής ΩΡΛ

Α. Καρατζάνης, Επικ. Καθηγητής ΩΡΛ