เลขประจำตัวผู้ป่วย.................... วันที่....................

**แบบประเมินอาการทางจมูกและไซนัส (SNOT-22)**

ด้านล่างนี้เป็นอาการต่างๆของโรคจมูกและไซนัสอักเสบและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสังคมหรืออารมณ์ที่ท่านเป็นอยู่ คณะแพทย์ผู้ทำการรักษาอยากทราบเกี่ยวกับอาการเหล่านี้ให้มากขึ้น และคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษา จึงอยากให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้ให้ตรงตามความเป็นจริงที่สุดเท่าที่ท่านจะสามารถตอบได้ ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิดและมีแต่ท่านเท่านั้นที่สามารถให้ข้อมูลนี้กับเรา โดยโปรดให้คะแนนแต่ละปัญหาของท่านตามที่เกิดขึ้น**ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา** คณะแพทย์ผู้ทำการรักษาขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือ และโปรดอย่าลังเลที่จะสอบถามเพิ่มเติม

| เมื่อนึกถึงความรุนแรงของปัญหาที่ท่านเคยประสบและความบ่อยที่ปัญหาเหล่านั้นเกิดขึ้น โปรดให้คะแนนอาการที่อยู่ด้านล่างว่า"แย่" เพียงใด โดย**วงกลมรอบตัวเลข**ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ → | **ไม่มีปัญหา** | **มีปัญหาน้อยมาก** | **มีปัญหาเล็กน้อย** | **มีปัญหาปานกลาง** | **มีปัญหามาก** | **มีปัญหารุนแรงมากที่สุด** | | **ข้อที่สำคัญที่สุด** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. จำเป็นต้องสั่งน้ำมูก | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 2. อาการคัดจมูก | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 3. จาม | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 4. น้ำมูกไหล | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 5. ไอ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 6. น้ำมูกหรือเสมหะไหลลงคอ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 7. น้ำมูกเหนียว | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 8. หูอื้อ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 9. มึนงง | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 10. ปวดหู | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 11. ปวดหรือรู้สึกตื้อๆบริเวณหน้า | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 12. ประสาทการดมกลิ่นหรือรับรสลดประสิทธิภาพลง | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| โปรดให้คะแนน**ผลกระทบที่เกิดจากอาการโรคจมูกและไซนัสอักเสบ**ด้านล่างนี้ว่าแย่เพียงใด | | | | | | | | |
| 13. นอนหลับยาก | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 14. ต้องตื่นขณะนอนตอนกลางคืน | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 15. นอนหลับไม่สนิท | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 16. รู้สึกเหนื่อยตอนตื่นนอน | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 17. อ่อนเพลีย | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 18. ทำงานได้น้อยลง | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 19. สมาธิลดลง | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 20. กลัดกลุ้ม/ กระสับกระส่าย / หงุดหงิด | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 21. รู้สึกเศร้าใจ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |
| 22. รู้สึกอาย | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ○ |

**ให้ทำเครื่องหมาย✓ เลือกข้อที่สำคัญที่สุด ที่มีผลต่อสุขภาพของท่านในช่อง○ขวามือไม่เกิน 5 ข้อ** →