

استبيان نموذجي للتاريخ المرضي الخاص بحالات طنين الأذن (TSCHQ)	
التاريخ:	الاسم:
	تاريخ الميلاد:

1. العمر:	_____
2. الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	_____
3. اليد المسيطرة (الإتقان اليدوي): <input type="checkbox"/> اليمنى <input type="checkbox"/> اليسرى <input type="checkbox"/> كلا الجانبين	_____
4. وجود تاريخ عائلي لشكوى الطنين: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	_____
إذا كانت الإجابة نعم، حدد/ي ما يلي: <input type="checkbox"/> الوالدان <input type="checkbox"/> الإخوة/الأخوات <input type="checkbox"/> الأبناء.	_____

5. الظهور الأولي: متى بدأت تشعر بطنين الأذن لأول مرة؟

6. كيف تصف بداية الطنين؟ تدريجي فجائي

7. هل كان ظهور الطنين مرتبطًا ب:

انفجار صوتي عالي

إصابة الرقبة الارتدادية (اصطدام مفاجئ بالرأس للأمام/للخلف)

تغيير في السمع

ضغط نفسي (توتر)

رضّ في الرأس

أخرى: _____

8. هل يبدو أن طنينك نابض (يتزامن مع نبضات القلب)؟

نعم، مع نبضات القلب

نعم، لكن مختلف عن نبضات القلب

لا

9. أين تسمع طنينك؟

الأذن اليمنى

الأذن اليسرى

كلتا الأذنين (أكثر في اليسرى)

كلتا الأذنين (أكثر في اليمنى)

كلتا الأذنين بنفس الشدة

داخل الرأس

مكان آخر: _____

10. كيف يتغير طنينك مع مرور الوقت؟ متقطع مستمر

11. هل تختلف شدة الطنين من يوم لآخر؟ نعم لا

12. وصف شدة طنينك على مقياس من 1 إلى 100: (1 = خافت جدًا، 100 = مرتفع جدًا)
(اكتب رقمًا بين 1 و 100): _____

13. صف بصيغة حرة ما يشبه صوت طنينك عادةً: _____

أمثلة لوصف الإحساس الصوتي (يمكنك استخدام مصطلحات أخرى أيضًا): هسيس، رنين، نبض، أزيز، طقطقة، تشقق، نغمي (كالصفارة الهاتفية)، همهمة، فرقة، زئير، هدير، صوت جريان، صوت آلة كاتبة، صفير، هوي، إلخ.

14. هل يشبه طنينك أكثر نغمة مُحددة أو ضوضاء عشوائية؟

- نغمة
 ضوضاء
 صوت صراير الليل
 أخرى: _____

15. وصف نغمة طنينك (الطبقة الترددية):

- تردد عال جدًا
 تردد عال
 تردد متوسط
 تردد منخفض

16. كم نسبة الوقت الذي تكون فيه واعياً بطنينك من إجمالي ساعات يقظتك خلال الشهر الماضي؟

(مثلاً: 100% تعني أنك كنت واعياً به طوال الوقت، و25% تعني ربع الوقت)

(الرجاء كتابة رقم بين 1 و 100): _____ %

17. ما هي النسبة المئوية من إجمالي وقت استيقاظك، خلال الشهر الماضي، التي شعرت فيها بالانزعاج أو الضيق أو التهيج بسبب طنين الأذن لديك؟

(الرجاء كتابة رقم بين 1 و 100): _____ %

18. كم عدد العلاجات التي خضعت لها بسبب طنين الأذن؟

- لا شيء
 علاج واحد
 علاجين أو ثلاثة
 العديد من العلاجات

19. هل يقل طنينك عند الاستماع إلى الموسيقى أو أصوات بيئية معينة (مثل هدير الماء أو صوت الاستحمام)؟

نعم لا لا أعلم

20. هل يزيد التعرض للضوضاء العالية من شدة طنينك؟ نعم لا لا أعلم

21. هل يؤثر أي تحريك للرأس أو الرقبة (مثلاً: دفع الفك للأمام أو شد الأسنان)، أو لمس الرأس/الذراعين/اليدين، على طنينك؟ نعم لا

22. هل أخذ قيلولة أثناء اليوم يؤثر على طنينك؟ يزيد الطنين يقلل الطنين لا تأثير

23. هل هناك علاقة بين نومك ليلاً ودرجة طنينك أثناء النهار؟ نعم لا لا أعلم

24. هل يؤثر الضغط النفسي (التوتر) على طنينك؟ يزيد الطنين يقلل الطنين لا تأثير

25. هل للأدوية تأثير على طنينك؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، حدد/ي ما يلي:

إسم الدواء	التأثير / تفاصيل

26. هل تعتقد أن لديك مشكلة في السمع؟ نعم لا

27. هل تستخدم سماعات طبية (معينات سمع)؟ اليمنى اليسرى كلاهما لا أستخدم

28. هل تواجه صعوبة في تحمل الأصوات لأنها تبدو عالية جداً أو مؤلمة بينما يجدها الآخرون مريحة؟

أبداً نادراً أحياناً عادةً دائماً

29. هل تسبب لك الأصوات ألقاً أو انزعاجاً جسدياً؟ نعم لا لا أعلم

30. هل تعاني من صداع/ألم بالرأس؟ نعم لا

31. هل تعاني من دوام/دوخة؟ نعم لا

32. هل تعاني من اضطراب مفصل الفك الصدغي (TMJ)؟ نعم لا

33. هل تعاني من آلام في الرقبة؟ نعم لا

34. هل تعاني من متلازمات ألم أخرى؟ نعم لا

35. هل أنت حاليًا تحت علاج لمشكلات نفسية (طبية نفسية)؟ نعم لا