

Supplementary Materials

Original ETDQ7

Eustachian Tube Dysfunction Patient Questionnaire (ETDQ-7)

Name: _____

Date: _____

Next to each question, circle the number that best describes how you feel.

**During the past 1 month,
how much of a problem
was each of the following?**

	No problem		Moderate Problem			Severe Problem	
1. Pressure in the ears?	1	2	3	4	5	6	7
2. Pain in the ears?	1	2	3	4	5	6	7
3. A feeling that your ears are clogged or "under water"?	1	2	3	4	5	6	7
4. Ear problems when you have a cold or sinusitis?	1	2	3	4	5	6	7
5. Crackling or popping sounds in the ears.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ringing in the ears?	1	2	3	4	5	6	7
7. A feeling that your hearing is muffled?	1	2	3	4	5	6	7

Do you get any of these symptoms in one ear only or both ears?

Left ear only Right ear only Both ears

Total Score: _____ / 7 = Mean item score _____

Ερωτηματολόγιο δυσλειτουργίας ευσταχιανής σάλπιγγας

Όνομα:

Ημερομηνία:

Κυκλώστε τον αριθμό που εκφράζει καλύτερα την ένταση των συμπτωμάτων σας

Στη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, πόσες φορές αντιμετωπίσατε ένα από τα παρακάτω συμπτώματα και σε τι βαρύτητα;	Κανένα πρόβλημα		Ήπιο πρόβλημα			Σοβαρό πρόβλημα	
	1	2	3	4	5	6	7
Πίεση στα αυτιά;	1	2	3	4	5	6	7
Πόνος στα αυτιά;	1	2	3	4	5	6	7
Αίσθημα πλήρωσης ή ότι το αυτί είναι υπό πίεση ή «κάτω από το νερό»;	1	2	3	4	5	6	7
Προβλήματα με το αυτί σας όταν είστε κρυωμένοι;	1	2	3	4	5	6	7
Ήχους που προσομοιάζουν σε φυσαλίδες, νερό ή μπουρμπουλήθρες μέσα στο αυτί;	1	2	3	4	5	6	7
Εμβοές (βουητό) στο αυτί;	1	2	3	4	5	6	7
Αίσθημα ότι η ακοή σας είναι μειωμένη λόγω πλήρωσης του αυτιού;	1	2	3	4	5	6	7

Εμφανίζετε τα παραπάνω συμπτώματα στο ένα ή και στα δύο αυτιά;

Αριστερό αυτί μόνο Δεξί αυτί μόνο Και στα δύο αυτιά

Συνολικό SCORE _____ ÷ 7 = μέσο SCORE _____