

## Cuestionario para el estudio de la pérdida del olfato/gusto

Nombre:

Sexo: Hombre / Mujer / Gay / Lesbiana / Transexual:

Edad:

DNI:

Telf:

Doy el consentimiento de la utilización anónima de mis datos de forma voluntaria para el estudio de las alteraciones del olfato/gusto, con la finalidad de ayudar y mejorar la detección, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de estas alteraciones olfativas y gustativas. Habiéndome explicado bien dicho proyecto, y entendida correctamente, por mi parte, la finalidad del mismo y la de mi participación.

Firma:

.....

Fecha ...../...../.....

(Remitir este cuestionario contestado al e-mail: 15583jhl@comb.cat)

Este cuestionario tiene tres partes:

- a) Hª Clínica general de la persona.
- b) Hª Clínica de la alteración de su olfato.
- c) Hª Clínica de la alteración de su gusto.

## a)-Cuestionario para la Hª Clínica de la persona

Ha tenido nunca:

### 1-Problemas en el cerebro

- a-Perdidas de conocimiento
- b-Ataques epilépticos
- c-Dolor de cabeza habitual, migrañas, “jaquecas”.
- d-Embolias cerebrales. Hemorragias Cerebrales
- e-Esclerosis múltiple
- f-Pérdidas de memoria
- g-Depresiones
- h-Esquizofrenia
- i-Psicosis
- j-Cambios en el comportamiento

### 2-Alteraciones visuales:

- a-Ojos secos
- b-Alteraciones de la visión
- c-Lleva lentes

### 3-Enfermedades de la nariz:

- c-Resfriado
- d-Nariz tapada
- e-Nariz seca
- f-Exceso de moco como si fuera agua
- g-Mocos de color en exceso (verdes, amarillentos, etc.)
- h-Sangre

### 4-Enfermedades de la boca o/y del cuello:

- a-Problemas dentarios
- b-Prótesis dental
- c-Boca seca
- d-Alteraciones para tragar la comida
- e-Alteraciones para beber
- f-Dificultad respirar con la boca abierta

5-Enfermedades del oído:

- a-Parálisis facial
- b-Pérdida brusca de audición en uno o en los dos oídos
- c-Ruidos en uno o en los dos oídos

6-Enfermedades del tiroides:

- a-Hipertiroidismo
- b-Hipotiroidismo
- d-Tumores

7-Enfermedades pulmonares:

- a-Pulmonías
- b-Bronquitis asmática
- c-Bronquitis crónica
- d-Tumores

8-Enfermedades del corazón:

- a-Tensión alta de la sangre
- b-Tensión baja de la sangre
- c-Angina de pecho
- d-Infarto cardíaco

9-Enfermedades de la sangre:

- a-Hemorragias
- b-Anemia
- c-Colesterol
- d-Diabetes
- e-Ácido úrico
- f-Linfomas
- g-Leucemias

10-Enfermedades de la circulación

- a-Varices

11-Enfermedades del estomago:

- a-Úlcera de estomago
- b-Ardores de estomago
- c-Mala digestión
- d-Tumores

12-Enfermedades de vesícula biliar:

13-Enfermedades del hígado:

14-Enfermedades del páncreas:

15-Enfermedades del riñón:

16-Enfermedades de las glándulas suprarrenales

17-Enfermedades de los intestinos:

18-Enfermedades de la próstata

20-Enfermedades de los testículos:

21-Enfermedades ginecológicas

a-Enfermedades de los ovarios

b-Enfermedades del útero

22-Enfermedades de los huesos:

a-Artrosis

b-Reuma

c-Tumores

23-Contusiones o Fracturas del:

a-Cráneo

b-Cara

c-Nariz

d-Mandíbulas

e-Otras

24-Enfermedades de la piel:

a-Eczema

b-Psoriasis

c-Tumores

25-Enfermedades inmunológicas

26-He padecido intervenciones quirúrgicas de:

a-Cabeza

b-Oído

c-Nariz

d-Cuello

e-Pulmón

f-Cardio-vasculares

g-Varices

h-Aparato digestivo (Esófago, Estomago, hígado, bazo, vesícula biliar, páncreas, intestinos)

i-Sistema urinario (Riñón, uréteres, vejiga orina, uretra)

j-Sistema reproductor (Útero, ovarios, vagina, vulva, próstata, testículos, pene)

k-Huesos

- l-Musculares
- m-Trasplantes
- n-Estética

27-He tenido tratamientos con “corrientes” (radioterapia).

28-He tenido tratamientos con “medicamentos muy fuertes” que me han hecho caer el cabello (quimioterapia)

29-Ha tenido o tiene alguna alergia

- a-Plantas-Pólenes
- b-Polvo-Ácaros
- c-Piel Animales, Plumas
- d-Hongos
- e-Comidas
- f-Metales
- g-Plásticos
- h-Productos químicos
- i-Medicamentos

30-Medicamentos que esté tomando, indique cuales son y para que los toma:.....

31-Hábitos:

a-Fumador

- 0= Ninguno
- 1- de 1 a 10 al día
- 2- de 11 a 20 al día
- 3- de 21 a 30
- 4- de 31 a 40
- 5- de 41 a 50
- 6- de 51 a 60
- 7- más de 60

b-Bebe Alcohol (Tipos)

1-Vino

- a-Mañana
- b-Mediodía
- c-Tarde
- d-Noche

2-Cerveza

- a-Mañana
- b-Mediodía
- c-Tarde
- d-Noche

3-Cava

- a-Mañana
- b-Mediodía
- c-Tarde
- d-Noche

4-Licores (Coñacs, Whisky, Ginebra, Vodka, etc.).

- a-Mañana
- b-Mediodía
- c-Tarde
- d-Noche

c-Toma otras drogas, una o varias más (Mariguana, Cocaína, Heroína, Opio, LSD, Speed, Polvo de ángel, Trips, Anfetaminas, Peyote, Inhalación disolventes, etc.)

32)-Entorno de su hogar:

Tiene calefacción o cocina, agua caliente a gas: Si /No (marque la respuesta)

33)-Entorno laboral

Trabaja en una fábrica, industria o empresa de:

- a-Productos químicos
- b-Humos
- c-Gases
- d-Vapores
- e-Polvo
- f-Con aire acondicionado
- g-Otros

34)-Ha viajado hace un año o menos a:

- a-África
- b-América Central
- c-América del sud
- d-Oriente medio
- f-Oriente (India,Ceilan, Nepal, Tibet.)
- h-Extremo Oriente (Camboya ,Korea,Vietman,Indonesia,China, Mongolia, Japón etc.)

35)-Está embarazada

36)-Está dando a mamar

37)-Escribir aquí las enfermedades de sus padres.

38)-Escribir aquí las enfermedades de sus hermanos.

39)-Escribir aquí las enfermedades de sus hijos.

## b)-Cuestionario para la detección de la alteración del olfato

### A-Cuanto tiempo hace que presenta este trastorno olfativo

- 1- De un 1 a 3 meses
- 2- De de 3 a 6 meses
- 3- Más de 6 meses y menos de 1 año
- 4- Más de 1 año y menos de 5
- 5- Más de 5 años

### B- He dejado de olerlo todo

### C- He dejado de oler solo ciertas cosas

### D- Huelo más que antes

### E-Intolero más los olores

### F- Le ha cambiado la buena olor de las cosas y ahora hacen mal olor

### G- Le ha cambado la buena olor de las cosas pero sin hacer mal olor

### H- Tiene un olor persistente desagradable que los demás no lo perciben

6- Es un olor que se parece a:.....

### I- Tiene un olor persistente que los demás también la perciben cuando están a su lado

7- Es un olor que se parece a:.....

### J- Tiene la sensación de oler olores sin haber nada que lo produzca

### K Tiene la sensación de oler nuevos olores, que nunca había oido antes, comi si fuesen de otro mundo

### L-Marque, si le ocurre, alguna de las siguientes situaciones:

- 8-Nunca he recuperado la normalidad olfativa como antes.
- 9- He recuperado el olfato sin hacer ni tomar nada .
- 10- Lo he recuperado haciendo ejercicio.
- 11- Lo he recuperado tomando medicación
- 12- Pierdo la normalidad y la recupero más o menos cada 30 días.
- 13- Pierdo la normalidad por la maña y por la tarde la recupero.
- 14- Pierdo la normalidad por la tarde y la recupero por la mañana.
- 15-Me ocurre en los fines de semana
- 16-Me ocurre solo en el trabajo
- 17-Me ocurre solo en casa.
- 18-Me ocurre con ciertas personas
- 19- Percibo más en el lado derecho de la nariz o de la boca.
- 20- Percibo más en el lado derecho de la nariz o de la boca

M-Ha cambiado su dieta desde que padece este trastorno

N-Ha aumentado su peso desde que padece este trastorno

Ñ-Ha reducido su peso desde que padece este trastorno

O-Para acabar este apartado tendría que decir cual cree que fué la causa que le produjo el su trastorno.  
Con que relacionaría su cambio del gusto.

### c)-Cuestionario para la detección de la alteración del gusto

A-He perdido parte de la percepción del gusto:

- 1-Dulce
- 2-Salado
- 3-Ácido
- 4-Amargo

B-He perdido toda la percepción del gusto

C-Cuanto tiempo hace que presenta este trastorno de gusto

- 5- De un 1 a 3 meses
- 6- De de 3 a 6 meses
- 7- Más de 6 meses y menos de 1 año
- 8- Más de 1 año y menos de 5
- 9- Más de 5 años

D- Tiene más gustos que antes

E-Le molesta mucho algún gusto.

F-Tolera menos el gusto:

- 10-Dulce
- 11-Salado
- 12-Ácido
- 13-Amargo

G- Tiene un gusto permanente en la boca

H- Es un mal gusto

- Se parece a:.....

I-La alteración del gusto es:

- 14- Todo el día
- 15- Más por la mañana
- 16- Más por la tarde
- 17- Más por la noche

J- Tiene gustos cruzados (por ejemplo: una cosa que ha de ser dulce, es salada, o ácida etc.):

Indique cual:

K- Le viene un gusto ( dulce, salado, ácido, amargo) de forma frecuente, sin estar comiendo nada

L- Tiene la sensación de un gusto nuevo, que nunca había tenido antes, como si fuese de otro mundo

M- Tiene la lengua dormida

N- La lengua le pica

O- Tiene la lengua como si hubiesen gusanos moviéndose

P- Tiene la lengua como si le quemase

Q- Se muerde la lengua muy frecuentemente

R- Cuando habla la lengua parece como si le estorbara

S- Le cuesta tragar la saliva

T- Le cuesta tragar las bebidas (agua, leche, vino, etc..)

U- Le cuesta tragar comer sólido

- 19- Nunca he recuperado la normalidad del gusto como antes.
- 20- He recuperado el gusto sin hacer ni tomar nada .
- 21- Lo he recuperado haciendo ejercicio.
- 22- Lo he recuperado tomando medicación
- 23- Pierdo la normalidad y la recupero más o menos cada 30 días.
- 24- Pierdo la normalidad por la maña y por la tarde la recupero.
- 25- Pierdo la normalidad por la tarde y la recupero por la mañana.
- 26- Me ocurre en los fines de semana
- 27- Me ocurre solo en el trabajo
- 28- Me ocurre solo en casa.
- 29- Me ocurre con ciertas personas
- 30- Percibo más en el lado derecho de la boca.
- 31- Percibo más en el lado izquierdo de la boca
- 32- Percibo en ambos lados de la boca

V- Ha cambiado su dieta desde que padece este trastorno

W- Ha aumentado su peso desde que padece este trastorno

X-Ha reducido su peso desde que padece este trastorno

Y-Para acabar este apartado tendría que decir cual cree que fué la causa que le produjo el su trastorno.  
Con que relacionaría su cambio del gusto.

(Remitir este cuestionario contestado al e-mail: 15583jhl@comb.cat)