

بالنسبة للأسئلة التالية, يرجى توضيح مدى تأثير العناصر المختلفة الموضحة عليك باستخدام المقياس أدناه ومن خلال اختيار الرقم المناسب
 صفر: لا يزعجني على الإطلاق
 ١: ازعاج بسيط
 ٢: ازعاج معتدل
 ٣: ازعاج كبير و لكن يمكنني التعامل
 ٤: ازعاج كبير وأجد صعوبة في التعامل معه
 ٥: أسوأ شيء أثر على حياتي

شدة الأعراض:	صفر	١	٢	٣	٤	٥
١- إفرازات أو رشح من الأذن						
٢- لديك رائحة كريهة بالأذن						
٣- لديك مشاكل في السمع بالمنزل مثل الحاجة الى رفع صوت التلفاز او الراديو						
٤- لديك مشاكل في السمع أثناء التحدث مع أشخاص في مجموعات أو أثناء وجودهم في أماكن صاخبة						
٥- عدم ارتياح في / أو حول الأذن						
٦- احساس بالدوخة (غير متوازن)						
٧- طنين او ضوضاء بالأذن						

بالنسبة للأسئلة التالية, يرجى توضيح كم مرة أثرت العناصر المختلفة الموضحة عليك باستخدام المقياس أدناه ومن خلال اختيار الرقم المناسب
 صفر: أقل تكرارا من مرة كل ستة أشهر
 ١: مرة واحدة على الأقل كل ستة أشهر
 ٢: مرة واحدة على الأقل كل ثلاثة شهور
 ٣: مرة واحدة على الأقل كل شهر
 ٤: مرة واحدة على الأقل كل أسبوع
 ٥: معظم أيام الأسبوع

أسلوب الحياة و تأثير العمل: كم مرة لم تكن قادرا على ذلك:	صفر	١	٢	٣	٤	٥
٨- تؤدي أنشطتك اليومية العادية في المنزل/ العمل						
٩- تغتسل أو تستحم كما تريد مثلا, كم مرة كنت تخشى من هذه الأنشطة التي تسبب التهاب الأذن						
تأثير الخذة الصحية:	صفر	١	٢	٣	٤	٥
١٠- كم مرة كنت تستشير طبيبك العام بخصوص مشاكل الأذن لديك						
١١- كم مرة كنت تحتاج أن تأخذ أدوية (بما فيها نقط الأذن) من أجل مشاكل الأذن الخاصة بك						

بالنسبة للأسئلة التالية, يرجى توضيح مدى سوء الأشياء على مقياس من صفر الى خمسة:
 صفر تعني لا شيء على الإطلاق - خمسة تعني أسوأ ما يمكنك تخيله على الإطلاق

في العموم:	صفر	١	٢	٣	٤	٥
١٢- إلى أي مدى أحبطتك مشكل الأذن الخاصة بك						