

**CUESTIONARIO NOSE-e**

Paciente:

Fecha:

**Escala de Evaluación de los Síntomas de Obstrucción Nasal (NOSE-e)**

⇒ **Para el paciente:** Le agradecería nos ayude a valorar el impacto de una obstrucción nasal en su calidad de vida **completando la siguiente encuesta.**

En el **ÚLTIMO MES**, ¿con qué intensidad se convirtieron las siguientes condiciones en un **problema** para usted?

Por favor **rodee** la respuesta correcta para usted

	<i>No es un problema</i>	<i>Un problema muy leve</i>	<i>Un problema moderado</i>	<i>Un problema bastante serio</i>	<i>Un problema grave</i>
1. Congestión nasal o sensación de nariz llena	0	1	2	3	4
2. Bloqueo u obstrucción nasal	0	1	2	3	4
3. Dificultad para respirar por la nariz	0	1	2	3	4
4. Dificultad para dormir	0	1	2	3	4
5. Incapacidad para ventilar lo suficiente por la nariz durante el ejercicio o esfuerzo físico	0	1	2	3	4

Rogamos envíe el cuestionario a la dirección de e-mail:

[fvazquez@drvasquezdelaiglesia.es](mailto:fvazquez@drvasquezdelaiglesia.es)

Muchas gracias.