
Cuestionario Estandarizado Internacional Alteraciones del Olfato
(Short version of Questionnaire of Olfactory Disorders-Negative Statements)

Paciente:

Fecha:

Señale la puntuación que sea más representativa de cada opción (0 nada, 1 poco, 2 regular, 3 mucho)

1.Los cambios en la percepción de los olores me aíslan socialmente:

2.Mi problema del olfato tiene un impacto negativo sobre mis actividades sociales cotidianas:

3.Mi problema de olfato me altera mi carácter y estoy más irritable:

4.Por culpa de mi problema de olfato voy menos a comer a restaurantes:

5.Por culpa de mi pérdida de olfato, como menos cantidad que antes (pérdida de apetito):

6.A causa de mi problema de olfato, tengo más dificultad para relajarme y estar tranquilo:

7.Tengo miedo de no acostumbrarme a mi problema de olfato:

Envía las respuestas a la dirección de correo (no olvide poner su nombre y apellidos)

fvazquez@drvazquezdelaiglesia.es

Muchas gracias.

Puntuación Sv QODNS: