



Опросник GERD-HRQL для оценки симптомов  
ГЭРБ (рефлюкс-эзофагита)

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Дата:

0 = нет симптомов

1 = симптомы присутствуют, но не беспокоят

2 = симптомы присутствуют и беспокоят, но не каждый день

3 = симптомы беспокоят ежедневно

4 = симптомы влияют на ежедневную деятельность

5 = симптомы настолько выражены, что нормальная деятельность невозможна

<b>Насколько Вас беспокоит изжога?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Есть ли у Вас изжога в положении лежа?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Изжога, когда Вы встаете?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Изжога после еды?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Меняет ли изжога Вашу диету?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Просыпаетесь ли Вы ночью из-за изжоги?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Есть ли у Вас повышенное газообразование?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Чувствуете ли Вы боль при глотании?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Влияет ли прием медикаментов на Вашу ежедневную активность?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Трудно ли Вам глотать?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Сумма баллов: \_\_\_\_\_