

## Escala de sintomas de refluxo (RSS-12)

### No último mês tive um/vários dos seguintes sintomas

Frequência: 0=Não tive esta queixa durante o último mês

1, 2, 3, 4=Tive

1-2; 2-3; 3-4; 4-5 vezes por semana, durante o último mês

5=As queixas ocorrem diariamente

Gravidade e Impacto na Qualidade de Vida: 0= O problema não é grave; 5=O problema é muito desconfortável quando ocorre.

Perturbações ORL (ouvidos, nariz e garganta)	Frequência	Gravidade	Total	Impacto na qualidade de vida (IQV)	Total
1. Rouquidão ou um problema de voz	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5	
2. Dor de garganta ou dor ao engolir	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5	
3. Dificuldade em engolir (comprimidos, líquidos ou sólidos)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5	
4. Pigarreio (não é tosse)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5	
5. Sensação de ter algo preso na garganta	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5	
6. Excesso de muco na garganta e/ou sensação de corrimento nasal posterior	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5	
7. Mau hálito	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5	
8. Azia, subida de acidez do estomago, regurgitação, arrotos ou náusea	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5	
9. Dor abdominal ou diarreia	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5	
10. Indigestão, distensão abdominal e/ou flatulência	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5	
11. Tosse (não apenas pigarreio)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5	
12. Dificuldades respiratórias, falta de ar ou pieira	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		0 1 2 3 4 5	
	<b>RSS (item frequência X item gravidade)</b>			<b>IQV (soma dos itens)</b>	
	<b>total (0-300) =</b>			<b>total (0-60) =</b>	