

Circle the appropriate answer.

Обведите кружком подходящий ответ.

1. Do you have one or more of below problems?

Есть ли у вас что-либо из ниже перечисленного?

Headaches	Nasal discharge	Stuffed Nose	Post-nasal drip	Bloody Nose	Lose of sense of smell
Головные боли	Выделения из носа	Заложенность носа	Выделения в носоглотке	Кровь из носа	Потеря запаха

2. How long do you have this problem?

Как долго это длится уже?

Few weeks or less	Few months or less	6 months or less	More than 6 months
Пару недель или меньше	Несколько месяцев или меньше	Полгода или меньше	Больше 6 месяцев

3. Have you had a significant trauma or injury of the head, face or nose?

Yes

No

Были ли у вас серьезные травмы или ушибы головы, лица или носа?

Да

Нет

4. Have you ever had a sinus disease before?

Yes

No

Были ли у вас заболевания связанные с пазухами или носом до этого?

Да

Нет

5. Do you currently take any medication for sinus problem?

Yes

No

Используете ли вы какие-либо препараты для лечения проблем с пазухами или носом?

Да

Нет

6. Have you ever had a surgery of the head, sinuses or face?

Yes

No

Были ли у вас операции на голове, пазухах или лице?

Да

Нет

7. Have you ever done any tests for sinuses or nose (XR or CT)?

Yes

No

Делали ли вы какие-либо тесты на пазухи или нос (Рентген или КТ)?

Да

Нет

8. Have you ever been diagnosed with cancer?

Yes

No

У вас когда-либо был диагностирован рак?

Да

Нет

*****Females only: Is there any chance that you might be pregnant?**

Yes

No

*****Только женщины: есть ли вероятность того что вы беременны?**

Да

Нет