

این فرم ارزیابی می باشد که به کمک تیم تحریری بتا ریهب نگارش و طراحی شده است.

شماره	سوال	پاسخ
1.	آیا مشکلاتی در جویدن مواد غذایی جامد مثل سیب، کیک یا کلوچه تجربه می کنید؟	
2.	آیا بعد از عمل بلع، باقیمانده مواد غذایی در دهان، لبها، زیر زبانتان باقی می ماند یا به سقف دهان می چسبد؟	
3.	وقتی چیزی می خورید، مثل مایعات یا مواد غذایی از بینی تان خارج می شود؟	
4.	آیا غذای جویده شده از دهانتان بیرون می ریزد؟	
5.	آیا احساس می کنید بزاق زیادی در دهانتان دارید؟ آیا در بلع آن مشکل دارید؟	
6.	آیا یک لقمه ی غذای جویده شده را چندبار قورت می دهید؟	
7.	آیا مشکلی در بلع غذاهای جامد دارید؟	
8.	آیا مشکلی در بلع غذاهای پوره شده دارید؟	
9.	آیا موقع غذاخوردن احساس می کنید توده یا لقمه در گلویتان گیر کرده است؟	
10.	آیا موقع بلع مایعات سرفه می کنید؟	
11.	آیا موقع بلع غذاهای جامد سرفه می کنید؟	
12.	آیا بعد از تغذیه، تغییری در صدایتان ایجاد می شود؟ مثل خرخر یا گرفتگی یا کم شدن صدا	
13.	در مواردی غیر از غذاخوردن، به دلیل رفتن بزاق دهان در مسیر هوایی سرفه می کنید؟	
14.	آیا در زمان غذا خوردن، مشکل در تنفس دارید؟	
15.	آیا در طول سال گذشته، عفونت تنفسی داشته اید؟	بله / خیر

***این فرم باید توسط فرد متخصص گفتاردرمانگر پر شود.**

*** 0=هرگز 1=به ندرت (یکبار در ماه یا کمتر) 2=مکرر (یک تا هفت بار در هفته)**

3=زیاد (بیش از هفت بار در هفته)

***نمره بالای 11 نشان از دیسفاژی در فرد می باشد.**