

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

شماره	سوال	پاسخ
1.	وقتی مایعات می‌خورم، سرفه می‌کنم	
2.	وقتی غذاهای جامد می‌خورم، سرفه می‌کنم	
3.	دهانم خشک است	
4.	برای قورت دادن نیاز دارم غذا را با مایعات بخورم	
5.	به دلیل مشکل بلع، وزن کم کرده‌ام	
6.	به دلیل مشکل بلع، از خوردن بعضی غذاها پرهیز می‌کنم	
7.	برای اینکه راحت غذا بخورم، روش قورت دادنم را تغییر داده‌ام	
8.	از اینکه در حضور دیگران غذا بخورم، خجالت می‌کشم	
9.	نسبت به قبل، خوردن یک وعده غذا بیشتر زمان می‌برد	
10.	به دلیل مشکل بلع، اغلب اوقات غذای کمتری می‌خورم	
11.	برای خوردن هر لقمه، باید آن را چند بار قورت بدهم	
12.	مثل قبل از خوردن غذا لذت نمی‌برم	
13.	چون نمی‌توانم آنچه می‌خواهم بخورم، احساس افسردگی می‌کنم	
14.	به دلیل مشکل بلع، روابط اجتماعی من کم شده است	
15.	به دلیل مشکل بلع، از خوردن اجتناب می‌کنم	
16.	به دلیل مشکل بلع، کمتر غذا می‌خورم	
17.	به دلیل مشکل بلع، عصبی هستم	
18.	به دلیل مشکل بلع، احساس ناتوانی می‌کنم	
19.	به دلیل مشکل بلع، از خودم عصبانی هستم	
20.	وقتی دارم می‌خورم، احساس خفگی پیدا می‌کنم	
21.	به دلیل مشکل بلع، ترس خفه شدن دارم	
22.	به دلیل مشکل بلع، نگران سلامتی‌ام هستم	
23.	به دلیل مشکل بلع، دیگران از غذا خوردن با من اجتناب می‌کنند	
24.	احساس می‌کنم کنترلی روی بلع خودم ندارم	
25.	به دلیل مشکل بلع، اعتماد به نفسم پایین آمده است	

***این فرم باید توسط فرد متخصص گفتار درمانگر پر شود.**

*** 0=هرگز 2=بعضی وقت‌ها 4=همیشه**

***هر چه جمع نمرات به 100 نزدیک‌تر باشد، کیفیت زندگی فرد بیشتر تحت تاثیر مشکل بلع بوده است**