

## Dotazník k průběhu transkraniální elektrické stimulace (tES)

*Vyplňuje vyšetřující*

**Jméno a příjmení vyšetřujícího:**

**Datum:** / /

**Jméno a příjmení vyšetřovaného / kód:**

**Experiment/léčba:**

**Dříve absolvované tES:**  NE  ANO (počet )

**Typ tES:**

**Proudová hodnota (mA):**

**Rozměr a tvar anody:**

**katody:**

Prosím, zaznamenejte všechny nežádoucí účinky (podráždění nebo zarudnutí pokožky – samostatně pro každou z elektrod, bolest hlavy, pokožky, malátnost nebo specifikujte jinak) a ohodnoťte jejich závažnost na stupnici 1-3 (mírný, střední, silný).

---

---

---

---

Doplňující informace:

---

---

Strukturovaný dotazník na intenzitu a frekvenci nepříjemných pocitů zvyšuje bezpečnost použití tES. Je doporučeným postupem pro experimenty s publikačním výstupem.

**Níže uvedenou část dotazníku pro vyšetřovaného, je třeba zodpovědět pro všechny stimulační bloky.** Tuto část dotazníku zkopírujte/vytiskněte podle potřeby.

## Vyplňuje vyšetřovaný

### Jméno a příjmení:

Pociťoval/la jste nějaký nepříjemný pocit během stimulace? Prosím, vyjádřete do okének níže míru intenzity podle této škály:

- Žádný** – necítil jsem popsany pocit  
**Mírný** – jen lehce jsem cítil popsany pocit  
**Střední** – cítil jsem popsany pocit  
**Silný** – cítil jsem významně popsany pocit

V případě, že jste nějaký pocit popsal/la, vyznačte do sloupce, kdy začal a jak dlouho trval:

**Kdy:** Z – začátek, P – uprostřed, K – konec stimulace;

**Trvání:** 1 – na začátku, 2 – ustal uprostřed 3 – skončil s počátkem stimulace.

	Žádný	Mírný	Střední	Silný	Kdy	Trvání
Píchání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Bolest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Pálení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Teplo/horko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Kovová chuť v ústech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Únava/pokles pozornosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Jiné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Nakolik ovlivnil tento pocit Váš celkový stav?

Vůbec ne  Lehce  Středně  Hodně  Velmi výrazně

Místo vnímání pocitu?

Difúzní  Lokalizované  Blízko elektrody (které) \_\_\_\_\_ Jiné

Pokud chcete, může blíže popsat svoje pocity:

---

Domníváte se, že jste měl/měla skutečnou nebo zdánlivou (placebo) stimulaci?

Skutečnou  Zdánlivou  Nevím