

## Questionnaire sur mon acouphène

à imprimer, remplir (cocher la bonne réponse) et remettre à votre médecin ou audioprothésiste

- |                                                                                                                                         |                              |                                  |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| 1- A cause de votre acouphène, vous est-il difficile de vous concentrer ?                                                               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Non |
| 2- A cause de l'intensité de votre acouphène, vous est-il difficile d'entendre les personnes qui vous entourent ?                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Non |
| 3- Votre acouphène vous rend-il coléreux ?                                                                                              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Non |
| 4- Vous sentez-vous l'esprit confus(e) à cause de votre acouphène ?                                                                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Non |
| 5- A cause de votre acouphène vous sentez-vous désespéré(e) ?                                                                           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Non |
| 6- Vous plaignez-vous beaucoup de votre acouphène ?                                                                                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Non |
| 7- A cause de votre acouphène, avez-vous du mal à trouver le sommeil la nuit ?                                                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Non |
| 8- Avez-vous le sentiment de ne pas pouvoir vous libérer de votre acouphène ?                                                           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Non |
| 9- Votre acouphène interfère-t-il dans votre plaisir à pratiquer des activités sociales ( <i>aller au restaurant, au cinéma ...</i> ) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Non |
| 10- A cause de votre acouphène, vous sentez-vous frustré(e) ?                                                                           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Non |
| 11- A cause de votre acouphène, avez-vous le sentiment d'être atteint(e) d'une maladie grave ?                                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Non |
| 12- A cause de votre acouphène, vous est-il difficile de profiter pleinement de la vie ?                                                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Non |
| 13- Votre acouphène, interfère-t-il dans vos responsabilités au travail ou à la maison ?                                                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Non |

- 14- Trouvez-vous que vous êtes souvent irritable à cause de votre acouphène ?  Oui  Parfois  Non
- 15- A cause de votre acouphène, vous est-il difficile de lire ?  Oui  Parfois  Non
- 16- Etes-vous contrarié(e) ou bouleversé(e) par votre acouphène ?  Oui  Parfois  Non
- 17- Pensez-vous que votre problème d'acouphène a installé un stress dans vos relations avec les membres de votre famille et vos amis ?  Oui  Parfois  Non
- 18- Vous est-il difficile de vous concentrer sur autre chose que votre acouphène ?  Oui  Parfois  Non
- 19- Pensez-vous ne pas avoir de contrôle sur votre acouphène ?  Oui  Parfois  Non
- 20- A cause de votre acouphène, vous sentez-vous souvent fatigué(e) ?  Oui  Parfois  Non
- 21- A cause de votre acouphène, vous sentez-vous déprimé(e) ?  Oui  Parfois  Non
- 22- Votre acouphène vous rend-il anxieux(se) ?  Oui  Parfois  Non
- 23- Pensez-vous ne plus pouvoir faire face à votre acouphène ?  Oui  Parfois  Non
- 24- Votre acouphène s'aggrave-t-il quand vous êtes stressé(e) ?  Oui  Parfois  Non
- 25- Votre acouphène vous donne-t-il un sentiment d'incertitude ?  Oui  Parfois  Non