

## Questionnaire sur mon hyperacousie

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

- |  |  |                                       |                                       |                                   |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| - Je dois éviter certains bruits.  | <input type="checkbox"/> Toujours vrai | <input type="checkbox"/> Souvent vrai | <input type="checkbox"/> Parfois vrai | <input type="checkbox"/> Pas vrai |
| - J'ai peur du bruit.  | <input type="checkbox"/> Toujours vrai | <input type="checkbox"/> Souvent vrai | <input type="checkbox"/> Parfois vrai | <input type="checkbox"/> Pas vrai |
| - Les sons forts ou désagréables me mettent en colère.   | <input type="checkbox"/> Toujours vrai | <input type="checkbox"/> Souvent vrai | <input type="checkbox"/> Parfois vrai | <input type="checkbox"/> Pas vrai |
| - Je pense que je ne pourrai plus faire face si mon hypersensibilité se maintient.   | <input type="checkbox"/> Toujours vrai | <input type="checkbox"/> Souvent vrai | <input type="checkbox"/> Parfois vrai | <input type="checkbox"/> Pas vrai |
| - Lorsque j'entends un bruit fort, je me retire tout de suite.   | <input type="checkbox"/> Toujours vrai | <input type="checkbox"/> Souvent vrai | <input type="checkbox"/> Parfois vrai | <input type="checkbox"/> Pas vrai |
| - Eprenez-vous des difficultés pour entendre une conversation au milieu d'un environnement bruyant ?   | <input type="checkbox"/> Toujours vrai | <input type="checkbox"/> Souvent vrai | <input type="checkbox"/> Parfois vrai | <input type="checkbox"/> Pas vrai |
| - Le bruit dans certaines situation sociales (restaurant, concert, feu d'artifice) vous est-il pénible ?   | <input type="checkbox"/> Toujours vrai | <input type="checkbox"/> Souvent vrai | <input type="checkbox"/> Parfois vrai | <input type="checkbox"/> Pas vrai |
| - Si l'on vous propose une activité (sortie, cinéma, concert) pensez-vous tout se suite au bruit que vous aurez à supporter ?  | <input type="checkbox"/> Toujours vrai | <input type="checkbox"/> Souvent vrai | <input type="checkbox"/> Parfois vrai | <input type="checkbox"/> Pas vrai |
| - Votre capacité de concentration dans le bruit est-elle diminuée par le stress ou la fatigue ?  | <input type="checkbox"/> Toujours vrai | <input type="checkbox"/> Souvent vrai | <input type="checkbox"/> Parfois vrai | <input type="checkbox"/> Pas vrai |
| - Listez l'ensemble des traitements que vous prenez (prescrits ou non) et entourez celui ou ceux dont vous pensez qu'ils auraient pu augmenter votre sensibilité : _____ |  |                                       |                                       |                                   |