



Nom :
Adresse :

Date de naissance :
Téléphone :

QUESTIONNAIRE SUR L'HYP0-HYPERACOUSIE ET L'ACOUPHÈNE

Merci à l'avance de prendre le temps de remplir ce questionnaire. Vos réponses et vos commentaires m'aideront à mieux comprendre votre hypoacousie, hyperacousie ou acouphène dans l'optique d'élaborer une approche holistique et efficace pour votre traitement. Ce questionnaire constitue une adaptation du questionnaire utilisé à la Clinique d'intervention et d'étude de l'acouphène de l'Hôpital d'Ottawa, site général.

REMARQUE : Ce questionnaire peut être rempli directement à l'ordinateur et acheminé par courriel. Vous pouvez aussi l'imprimer (idéalement recto - verso) pour le remplir à la main et le mettre à la poste, l'envoyer par télécopie ou l'amener avec vous lors de votre visite. Pour remplir ce questionnaire à l'ordinateur, veuillez suivre les directives suivantes :

- Pour inscrire une réponse, placez votre curseur dans les zones en gris et inscrivez votre réponse.
- Pour sélectionner une case, placez votre curseur dans les carrés appropriés et cliquez.

PARTIE I : ÉTUDE DE VOS SYMPTÔMES

1. Depuis combien de temps souffrez-vous d'?

Hypoacousie : perte d'audition
(Si aucun, inscrivez 0 et ignorez cette colonne de la partie I)

Hyperacousie : sensibilité aux bruits
(Si aucun, inscrivez 0 et ignorez cette colonne de la partie I)

Acouphène : son ou bruit entendu dans l' (les) oreille(s) ou dans la tête
(Si aucun, inscrivez 0 et ignorez cette colonne de la partie I)

Pour la plupart des questions suivantes, veuillez répondre en noircissant ou en sélectionnant la case.

2. Comment décrivez-vous vos symptômes?

Je fais répéter à l'occasion

Je n'entends pas bien les chuchotements

Je mets la télévision forte

J'ai de la difficulté à communiquer avec les autres au restaurant ou lors des réunions

Je ne comprends pas bien les sermons à l'église

J'argumente avec les membres de ma famille

J'évite les groupes de personnes

Je suis sensible à un éventail

Je suis sensible dans l'automobile

Je suis sensible aux bruits à la maison

Je suis sensible aux bruits au travail

Je suis sensible à la musique forte

Je suis sensible aux bruits dans un restaurant

Cliquetis – craquement

Océan – statique

Bruit de moteur

Bourdonnement – murmure

Pilonnage – martelage – pulsation

Cloche – sonnerie – tonalité

Eau qui coule

Cigale – grillon – criquet

Sifflement – sifflet à vapeur

Grésillement (friture)

Câble électrique à haute tension

Autre :

3. Ce (s) symptôme (s) s'est (se sont) manifesté (s) ?

Graduellement à l'oreille droite
Graduellement à l'oreille gauche
Soudainement à l'oreille droite
Soudainement à l'oreille gauche
De façon égale dans les deux oreilles, mais pire dans l'oreille :

Graduellement à l'oreille droite
Graduellement à l'oreille gauche
Soudainement à l'oreille droite
Soudainement à l'oreille gauche
De façon égale dans les deux oreilles, mais pire dans l'oreille :

Graduellement à l'oreille droite
Graduellement à l'oreille gauche
Soudainement à l'oreille droite
Soudainement à l'oreille gauche
De façon égale dans les deux oreilles, mais pire dans l'oreille :
Dans la tête
À l'extérieur de la tête

4. Pour les trois symptômes, numérotez-les de 0 à 3, 0 = absent, 1 = le moindre, 2 = moyen et 3 = le pire.

5. Quel est votre degré d'inconfort face à ces trois symptômes?

Un peu embarrassé - frustré
Occasionnellement embarrassé - frustré
Souvent embarrassé - frustré
Toujours embarrassé - frustré
Je me suis isolé des autres

Un peu sensible
Occasionnellement sensible
Souvent sensible
Toujours sensible
Je ne peux pas sortir sans protecteur

Présent - pas dérangent
Dérangent, mais je peux l'ignorer
Difficile à ignorer
Toujours dérangent
Envahissant presque toujours

• *Portez-vous une prothèse auditive?*

Non
Oui, à l'oreille droite
Oui, à l'oreille gauche

• *Si oui, quel est maintenant votre degré d'inconfort?*

6. Depuis que ça a commencé, quelle est l'évolution de chacun de ces symptômes ?

Pas présent
Mieux
Le même
Fluctuant
Pire

Pas présent
Mieux
Le même
Fluctuant
Pire

Pas présent
Mieux
Le même
Fluctuant
Pire
• *La tonalité est maintenant:*
Plus grave
La même
Fluctuante
Plus aigue
• *L'intensité est maintenant:*
Moindre
La même
Fluctuante
Pire

7. Si votre symptôme fluctue, veuillez indiquer, pour chacun des facteurs suivants, ceux qui le diminuent (par un -) de ceux qui l'aggravent (par un +).

Quand je suis reposé (le matin)	Quand je suis reposé (le matin)	Quand je suis reposé (le matin)
Quand je suis fatigué (le soir)	Quand je suis fatigué (le soir)	Quand je suis fatigué (le soir)
Quand je dors	Quand je me couche	Quand je me couche
Quand je suis fâché	Quand je suis fâché	Quand je suis fâché
Quand je suis heureux (se)-calme	Quand je suis heureux (se)-calme	Quand je suis heureux (se)-calme
Quand je suis tendu(e) / anxieux(se)	Quand je suis tendu(e) / anxieux(se)	Quand je suis tendu(e) / anxieux(se)
Lors du port de prothèse (s) auditive (s)	Lors du port de prothèse (s) auditive (s)	Lors du port de prothèse (s) auditive (s)
Lors du port de protecteurs d'oreille	Lors du port de protecteurs d'oreille	Lors du port de protecteurs d'oreille
Quand j'écoute la statique de la radio ou quand je porte un masqueur	Quand j'écoute la statique de la radio ou quand je porte un masqueur	Quand j'écoute la statique de la radio ou quand je porte un masqueur
Quand je suis dans des lieux tranquilles	Quand je suis dans des lieux tranquilles	Quand je suis dans des lieux tranquilles
Quand je suis exposé aux bruits faibles	Quand je suis exposé aux bruits faibles	Quand je suis exposé aux bruits faibles
Quand je suis exposé aux bruits forts	Quand je suis exposé aux bruits forts	Quand je suis exposé aux bruits forts
Lorsque j'écoute de la musique, la radio ou la télévision	Lorsque j'écoute de la musique, la radio ou la télévision	Lorsque j'écoute de la musique, la radio ou la télévision
En faisant des activités physiques, en bougeant la tête	En faisant des activités physiques, en bougeant la tête	En faisant des activités physiques, en bougeant la tête
Changement d'altitude	Changement d'altitude	Changement d'altitude
Quand je prends des médicaments	Quand je prends des médicaments	Quand j'ai bu de l'alcool
Quand j'ai bu de l'alcool	Quand j'ai bu de l'alcool	Quand j'ai bu du café, du thé, une liqueur, une boisson énergisante ou un breuvage au chocolat
Quand j'ai bu de l'alcool	Quand j'ai bu du café, du thé, une liqueur, une boisson énergisante ou un breuvage au chocolat	Pendant les menstruations (pour les femmes)
	Pendant les menstruations (pour les femmes)	Quand je suis actif (ve)
	Quand je suis actif (ve)	

8. Pouvez-vous relier un événement particulier au moment de l'apparition de votre hypo - hyperacousie ou de votre acouphène?

Une infection de l'oreille/sinus	Une infection de l'oreille/sinus	Une infection de l'oreille/sinus
Longue exposition au bruit	Longue exposition au bruit	Longue exposition au bruit
Blessure ou coup à la tête	Blessure ou coup à la tête	Blessure ou coup à la tête
Exposition à un bruit fort de courte durée	Exposition à un bruit fort de courte durée	Exposition à un bruit fort de courte durée
« Coup de lapin » (whiplash) - traumatisme cervical	« Coup de lapin » (whiplash) - traumatisme cervical	« Coup de lapin » (whiplash) - traumatisme cervical
Une maladie	Une maladie	Une maladie
Une chirurgie	Une chirurgie	Une chirurgie
La prise de médicaments	La prise de médicaments	La prise de médicaments
Aucun événement en particulier	Aucun événement en particulier	Aucun événement en particulier
Autre :	Autre :	Autre :

9. Lesquels des professionnels des soins de la santé avez-vous consultés pour chacun des trois symptômes?

Aucun
Généraliste
Spécialiste ORL
Audiologiste
Audioprothésiste
Neurologue
Dentiste/spécialiste TMJ
Psychologue/psychiatre
Chiropraticien
Autres :

Aucun
Généraliste
Spécialiste ORL
Audiologiste
Audioprothésiste
Neurologue
Dentiste/spécialiste TMJ
Psychologue/psychiatre
Chiropraticien
Autres :

Aucun
Généraliste
Spécialiste ORL
Audiologiste
Audioprothésiste
Neurologue
Dentiste/spécialiste TMJ
Psychologue/psychiatre
Chiropraticien
Autres :

10. Pour chacun des traitements suivants, veuillez noter leur efficacité sur les trois symptômes en inscrivant rien (non essayé), -1 (détérioration suite au traitement), 0 (aucun changement), 1 (amélioration partielle) et 2 (amélioration totale).

Prothèse auditive
Appareil d'assourdissement
Protecteurs d'oreille
Chirurgie
Médicaments
Vitamines/diète
Acupuncture
Chiropractie
Relaxation
Autres :

Prothèse auditive
Appareil d'assourdissement
Protecteurs d'oreille
Chirurgie
Médicaments
Vitamines/diète
Acupuncture
Chiropractie
Relaxation
Biofeedback
Hypnose
Psychothérapie
Stimulation électrique
Autres :

Prothèse auditive
Appareil d'assourdissement
Protecteurs d'oreille
Chirurgie
Médicaments
Vitamines/diète
Acupuncture
Chiropractie
Relaxation
Biofeedback
Hypnose
Psychothérapie
Stimulation électrique
Autres :

11. Pour chacun de vos symptômes, indiquez à quel degré il interfère en inscrivant 0 (jamais), 1 (quelquefois), 2 (souvent), 3 (toujours).

Avec ma vie personnelle (joie de vivre)
Avec ma vie familiale
Avec ma vie sociale
Avec mon travail
Avec mes processus mentaux (lecture, concentration)
Avec mon sommeil

Avec ma vie personnelle (joie de vivre)
Avec ma vie familiale
Avec ma vie sociale
Avec mon travail
Avec mes processus mentaux (lecture, concentration)
Avec mon sommeil

Avec ma vie personnelle (joie de vivre)
Avec ma vie familiale
Avec ma vie sociale
Avec mon travail
Avec mes processus mentaux (lecture, concentration)
Avec mon sommeil

12. Inscrivez le nombre moyen d'heures de sommeil par nuit :

13. Si votre sommeil est affecté, décrivez la contribution de chacun des trois symptômes?

Ça prend plus de temps à m'endormir
Ça me réveille lorsque je suis endormi
Non lié à l'hypoacousie

Ça prend plus de temps à m'endormir
Ça me réveille lorsque je suis endormi
Non lié à l'hyperacousie

Ça prend plus de temps à m'endormir
Ça me réveille lorsque je suis endormi
Non lié à l'acouphène

PARTIE II: HISTORIQUE DE SANTÉ GÉNÉRALE ET DE L'OUÏE

Veuillez considérer tous les choix de réponses en noircissant ou en sélectionnant les cases appropriées et en donnant les détails demandés.

14. Êtes-vous sujet (te) à des problèmes d'oreille? non si oui, indiquez le ou les problème(s) que vous avez :

Infection d'oreille	Drainage	Chirurgie
Perforation	Douleur	

15 Y a-t-il des membres de votre famille qui ont eu des problèmes d'ouïe avant l'âge de 50 ans? non oui Lequel (lesquels) :

16.a) Avez-vous déjà été exposé(e) à des bruits forts? non si oui

Expliquez : Pendant combien d'années : Protecteurs d'oreilles?

b) Travaillez-vous présentement dans un environnement bruyant? non si oui

Expliquez : Pendant combien d'années : Protecteurs d'oreilles?

c) Avez-vous déjà eu des passe-temps bruyants (tir à la cible, chasse, menuiserie...)? non si oui

Lequel : Pendant combien d'années : Protecteurs d'oreilles?

d) Avez-vous déjà joué d'un instrument de musique régulièrement? non si oui

Lequel : Pendant combien d'années : Protecteurs d'oreilles (ER)?

17. Souffrez-vous de TMJ (désordre de l'articulation temporomandibulaire) ?

non si oui

Depuis combien d'années : Grincez-vous des dents? non oui Portez-vous une prothèse? non oui

18. Souffrez-vous de l'un des maux suivants :

Arthrite	Glande thyroïde	Étourdissements - vertiges
Maux de tête - migraines	Hypertension	Dépression clinique
Allergies	Problème de cou - cervical	Attaques d'anxiété
Sinusite	Anémie	Comportement obsessionnel - compulsif
Haut taux de cholestérol	Diabète	Comportement maniaco-dépressif
Autres :	Constipation	

19. Prenez-vous des médicaments en ce moment ? non si oui, lesquels et la posologie (incluant l'aspirine)?

20. Fumez-vous :

Du tabac	De la marijuana	Autres drogues, lesquelles
Depuis combien d'années :	Depuis combien d'années :	Depuis combien d'années :
Quantité par jour :	Quantité par jour:	Quantité par jour :

21. Buvez-vous l'un de ces breuvages (veuillez indiquer le nombre de « petites » tasses ou verres par jour)?

Café caféiné
Chocolat chaud

Thé caféiné
Alcool, lequel

Cola caféiné
Eau tonique (p. ex. gin tonique)
Boisson énergisante

22. Prenez-vous l'un ou l'autre de ces aliments tous les jours?

Sucre
MSG

Sel
Aliments avec additifs

Épices

23. Faites-vous de l'exercice régulièrement? non si oui, combien de jours par semaine?

23. Présentement, vivez-vous plusieurs situations stressantes? non si oui, pourquoi ?

25. Règle générale, êtes-vous satisfait(e) de votre style de vie?

Très insatisfait

Satisfait

Très satisfait

Si vous êtes insatisfait (e), c'est principalement à cause de votre...

Hypoacousie

Hyperacousie

Acouphène

26. Veuillez décrire quelles sont vos peurs par rapport à votre hypoacousie, hyperacousie ou acouphène :

27. Je désire obtenir de l'aide pour soigner mon hypoacousie, hyperacousie ou acouphène parce que :

28. Commentaires supplémentaires :

Signature :

Date :

UTILISATION INTERNE SEULEMENT

SYSTÈME D'ÉVALUATION DE L'ACOUPHÈNE (Tiré de A.Kodama, M.Kitahara, K.Komada, 1994):

$L(_) + A(_) + I(_) = L(_) + A(_) + I(_) = L(_) + A(_) + I(_)$
