

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_\_



## QUESTIONNAIRE SPÉCIFIQUE AU PROBLÈME D'ACOUPHÈNE

### SANTÉ GÉNÉRALE ET HABITUDE DE VIE

- 1- Présentez-vous l'un des problèmes suivants?
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie d'oreille : _____        | <input type="checkbox"/> Sinusites             |
| <input type="checkbox"/> Surdité                          | <input type="checkbox"/> Vertiges              |
| <input type="checkbox"/> Histoire familiale de surdité    | <input type="checkbox"/> Arthrite              |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardio-vasculaire        | <input type="checkbox"/> Allergies             |
| <input type="checkbox"/> Haute pression                   | <input type="checkbox"/> Problèmes dentaires   |
| <input type="checkbox"/> Taux de sucre élevé dans le sang | <input type="checkbox"/> Maux à la nuque       |
| <input type="checkbox"/> Diabète                          | <input type="checkbox"/> Maux au dos           |
| <input type="checkbox"/> Hypoglycémie                     | <input type="checkbox"/> Cholestérol élevé     |
| <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie                    | <input type="checkbox"/> Anémie                |
| <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie                   | <input type="checkbox"/> Migraines / céphalées |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) _____                   |  |
- 2- Avez-vous déjà eu un traumatisme sérieux à la tête ou à la nuque avant l'apparition de votre acouphène?  
\_\_\_\_\_
- 3- Y a-t-il certains aliments qui vous causent des problèmes de digestion?  
\_\_\_\_\_
- 4- Quand vous m chez vos aliments ressentez-vous un craquement dans une oreille ou dans les deux?  
\_\_\_\_\_
- 5- Votre dentiste vous a-t-il déjà dit que vous aviez une occlusion anormale?  
\_\_\_\_\_
- 6- Grincez-vous des dents?  
\_\_\_\_\_
- 7- Portez-vous une plaque occlusive?  
\_\_\_\_\_
- 8- Ressentez-vous habituellement un serrement au niveau de la nuque ou une douleur?  
\_\_\_\_\_
- 9- Avez-vous déjà consulté un chiropraticien pour votre nuque avant l'apparition de votre acouphène?  
\_\_\_\_\_

10- Ressentez-vous une douleur constante que votre médecin ne peut diagnostiquer? Si oui, dans quelle région de votre corps se loge-t-elle?

---

11- Prenez-vous actuellement des médicaments? Si oui, lesquels ?

---

12- Fumez-vous du tabac / marijuana / autres?

---

Si oui, combien par jour ? Depuis combien de temps ?

---

13- Parmi les boissons suivantes, lesquelles consommez-vous et en quelles quantités?

Café: \_\_\_\_\_ tasse par jour

Thé: \_\_\_\_\_ tasse par jour

Alcool: \_\_\_\_\_ verre par jour

Cola: \_\_\_\_\_ verre par jour

14- Avez-vous déjà été exposé à des bruits forts? Si oui, décrivez:

---

15- Pratiquez-vous des loisirs bruyants? Si oui, lesquels ?

---

## CONDITIONS LIÉES

1- Décrivez votre acouphène :

---

---

2- Où votre acouphène est-il situé?

Dans une oreille

La droite

La gauche

Dans les deux oreilles

Pire à gauche

Pire à droite

Semblable

Variable

Incertain

Dans la tête

Côté droit

Devant

Derrière

Toute la tête

Autre(s) : \_\_\_\_\_

3- Depuis quand avez-vous remarqué votre acouphène?

---

4- Votre acouphène est-il apparu progressivement ou soudainement?

---

5- Depuis qu'il est apparu, demeure-t-il semblable?

Accentué un peu

beaucoup

Atténué un peu

beaucoup

6- Parmi les causes suivantes, en y a-t-il une ou plusieurs qui a pu précéder votre acouphène?

- Exposition prolongée au bruit fort
- Exposition courte au bruit fort
- Traumatisme crânien
- Traumatisme cervical
- Autre(s) \_\_\_\_\_

- Sinusite
- Infection à l'oreille
- Maladie
- Prise de médicaments
- Aucune connue

### DÉMARCHES ANTÉRIEURES ASSOCIÉES

1- Avez-vous consulté un spécialiste de la santé pour votre acouphène?

- Aucun
- ORL
- Dentiste
- Psychologue
- Autre(s) \_\_\_\_\_

- Médecin de famille
- Neurologue
- Audiologiste
- Psychiatre
- Chiropraticien

2- Êtes-vous présentement suivi par un professionnel pour votre acouphène? Si oui, précisez lequel ou lesquels :

\_\_\_\_\_

3- Quels sont les examens que vous avez déjà subis pour votre acouphène?

- Tests sanguins
- Tests auditifs
- Autre(s) \_\_\_\_\_
- Test d'urine
- Radiographies

4- Parmi les approches suivantes, laquelle ou lesquelles avez-vous tenté pour votre acouphène et quel(s) effet(s) en avez-vous ressenti? Précisez : **l'effet, quand, combien de temps et où?**

Échelle de cotation : **0** : Aucun effet **1** : Soulagement partiel **2** : Soulagement complet

Approche	Effet	Quand	Temps	Où
Biofeedback et relaxation				
Exercices				
Physiothérapie et massage				
Psychologie				
Acupuncture				
Hypnose				
Appareil auditif				
Médicaments				
Bruiteur				
Chirurgie				
Traitement dentaire				
Diète, vitamines, herbes, etc				
Autre				

## QUALITÉ DE VIE

1- Jusqu'à quel point devez-vous fournir un effort pour ignorer votre acouphène?

- Facilement  
 Avec un léger effort  
 Avec un effort important  
 Ne peut être ignoré

2- Jusqu'à quel point votre acouphène est-il incommodant?

- Pas du tout  
 Légèrement  
 Modérément  
 Sévèrement

3- Votre acouphène vous cause-t-il de la difficulté à vous endormir?  
Si oui, combien de nuits par semaine?

---

4- Votre acouphène vous cause-t-il de la difficulté à dormir?  
Si oui, combien de nuits par semaine?

---

5- Votre acouphène vous réveille-t-il la nuit?  
Si oui, combien de nuits par semaine?

---

6- À cause de votre acouphène :

Vous sentez-vous :

- Tendu ou irritable  
 Déprimé  
 Fatigué  
 Incapable de relaxer

Évitez-vous :

- Les rencontres sociales  
 Les situations ou les endroits tranquilles  
 Les situations ou endroits un peu bruyants (comme le cinéma ou le restaurant)

7- Avez-vous changé d'emploi?

---

8- Avez-vous du quitter le marché du travail?

---

9- Jusqu'à quel point votre acouphène vous gêne-t-il dans les activités suivantes?

Échelle de cotation : **0** : Pas du tout    **1** : Légèrement    **2** : Modérément    **3** : Sévèrement

- |  |                             |                             |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vie familiale                   | 0- <input type="checkbox"/> | 1- <input type="checkbox"/> | 2- <input type="checkbox"/> | 3- <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Travail                         | 0- <input type="checkbox"/> | 1- <input type="checkbox"/> | 2- <input type="checkbox"/> | 3- <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Activités sociales              | 0- <input type="checkbox"/> | 1- <input type="checkbox"/> | 2- <input type="checkbox"/> | 3- <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Activités intellectuelles       | 0- <input type="checkbox"/> | 1- <input type="checkbox"/> | 2- <input type="checkbox"/> | 3- <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Appréciation générale de la vie | 0- <input type="checkbox"/> | 1- <input type="checkbox"/> | 2- <input type="checkbox"/> | 3- <input type="checkbox"/> |

10- Jusqu'à quel point votre acouphène vous cause-t-il des difficultés à :

- |   |                             |                             |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Comprendre la parole         | 0- <input type="checkbox"/> | 1- <input type="checkbox"/> | 2- <input type="checkbox"/> | 3- <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Comprendre la télévision     | 0- <input type="checkbox"/> | 1- <input type="checkbox"/> | 2- <input type="checkbox"/> | 3- <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Écouter la radio             | 0- <input type="checkbox"/> | 1- <input type="checkbox"/> | 2- <input type="checkbox"/> | 3- <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Apprécier la musique         | 0- <input type="checkbox"/> | 1- <input type="checkbox"/> | 2- <input type="checkbox"/> | 3- <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Parler au téléphone          | 0- <input type="checkbox"/> | 1- <input type="checkbox"/> | 2- <input type="checkbox"/> | 3- <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Localiser les sons           | 0- <input type="checkbox"/> | 1- <input type="checkbox"/> | 2- <input type="checkbox"/> | 3- <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Entendre des signaux sonores | 0- <input type="checkbox"/> | 1- <input type="checkbox"/> | 2- <input type="checkbox"/> | 3- <input type="checkbox"/> |

11- Quelles sont vos craintes ou inquiétudes par rapport à votre acouphène?

---

---

---

---

12- De façon générales, jusqu'à quel point êtes-vous satisfait de votre mode de vie actuel?

- Très satisfait  
 Plus ou moins satisfait  
 Insatisfait

Si vous êtes plus ou moins satisfait ou insatisfait de votre mode de vie actuel, croyez-vous que ce soit directement relié à votre acouphène?

- Surtout dû à l'acouphène  
 En partie dû à l'acouphène  
 En partie dû à d'autres facteurs  
 Incertain

13- Parmi les items suivants, le ou lesquels vous offre(nt) un certain soulagement?

- L'écoute de la télévision, de la musique, de la radio, etc  
 Le bruit statique de la radio  
 Le bruit de la circulation  
 Le bruit d'un robinet  
 La consommation de médicaments  
 Le maintien d'une vie active  
 Autre(s) \_\_\_\_\_

14- Votre acouphène vous paraît-il *meilleur* lorsque :

- Vous êtes détendu, reposé  
 Vous vous sentez heureux  
 Après avoir consommé de l'alcool  
 Autre(s) \_\_\_\_\_

15- Qu'est ce qui, pour vous, favorise un certain soulagement face à votre acouphène?

---

---

---

---

---