**QUESTIONNAIRE ACOUPHENES**

**NOM:**

**DATE:**

**DATE DE NAISSANCE:**

**1. Latéralité**

**Droitier Gaucher Ambidextre**

**2. Antécédent familiaux d’acouphène**

**OUI NON**

**si OUI: parents fratrie enfants**

**3. Quand avez-vous perçu pour la première fois votre acouphène?**

**4. Le début de votre acouphène a-t-il été ?**

**Progressif Brutal**

**5. Le début de votre acouphène était-il associé à :**

**Une exposition sonore**

**Une baisse auditive**

**Un stress**

**Un traumatisme cervical**

**Un traumatisme crânien**

**Autres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**6. Votre acouphène est-il pulsatile ?**

**OUI, avec le pouls (rythme cardiaque)**

**OUI mais différent du pouls**

**NON**

**7. Où percevez-vous votre acouphène ?**

**Oreille droite**

**Oreille gauche**

**Bilatéral, plus à gauche**

**Bilatéral, plus à droite**

**Bilatéral égal**

**Dans la tête**

**Ailleurs** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. Votre acouphène est-il ?**

**Intermittent (parfois complètement absent)**

**Permanent**

**9. L’INTENSITE de votre acouphène varie-t-elle selon les jours?**

**OUI NON Je ne sais pas**

**10. Quelle est l’intensité de votre acouphène sur cette échelle de 1 à 100 ?**

**(1 = *TRES FAIBLE* 100 = *TRES FORT*)**

**1 --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------– 100**

**11. Pouvez-vous décrire à quel son usuel ressemble votre acouphène ?**

Cette liste donne quelques exemples mais n’hésitez pas à utiliser toute comparaison qui vous

semblerait plus pertinente : sifflement, bourdonnement, grésillement, souffle, craquement,

cliquetis, pulsation, cocotte minute, ligne haute tension, sirène, moteur, sifflet, cigales, grillons …

**12. Votre acouphène ressemble-il plus à un son pur ou à un bruit ?**

**Son Bruit Criquets Autres**

**13. Pouvez-vous décrire la fréquence de votre acouphène ?**

**Très aigu Aigu Médium Grave**

**14. Au cours du mois dernier, durant quel pourcentage de votre temps d’éveil avez-vous été conscient**

**de votre acouphène ?**

**% (Merci de répondre par un seul nombre entre 1 and 100.)**

**(Par exemple la réponse de 100% indiquerait que vous avez toujours été conscient de votre**

**acouphène, celle de 25% indiquant que vous n’en avez été conscient que 1/4 du temps)**

**15. Au cours du mois dernier, durant quel pourcentage de votre temps d’éveil avez-vous été gêné ou**

**invalidé par la perception de votre acouphène ?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_% (Merci de répondre par un seul nombre entre 1 and 100.)**

**16. Combien de traitements différents avez-vous suivi pour votre acouphène ?**

**aucun un plusieurs de nombreux**

**Si OUI Lesquels :**

**17. Votre acouphène est-il réduit lorsque vous écoutez de la musique ou lorsque vous vous**

**exposez à des sons ambiants comme par exemple ceux à type écoulement d’eau (sous la**

**douche ou près d’une cascade) ?**

**OUI NON Je ne sais pas**

**18. Est-ce que la présence d’un son de forte intensité aggrave votre acouphène ?**

**OUI NON Je ne sais pas**

**19. Est-ce qu’un mouvement de la tête ou cou (comme serrer les dents ou bouger ma**

**mâchoire) ou bien la pression de votre tête (ou de vos bras) modifie votre acouphène ?**

**OUI NON Je ne sais pas**

**20. Est-ce que le fait de faire une sieste modifie votre acouphène?**

**Aggrave mon acouphène**

**Améliore mon acouphène**

**Pas d’effet sur l’acouphène**

**21. Y a-t-il une relation entre la qualité de votre sommeil et l’intensité de l’acouphène ?**

**OUI NON Je ne sais pas**

**22. Est-ce que le stress influence votre acouphène ?**

**Aggrave mon acouphène**

**Améliore mon acouphène**

**Pas d’effet sur l’acouphène**

**23. Est-ce qu’un traitement médicamenteux modifie votre acouphène ?**

**Amélioration Aggravation Sans effet**

**24. Avez-vous un problème d’audition ?**

**OUI NON Je ne sais pas**

**25. Portez-vous des prothèses auditives ?**

**A droite A Gauche Des deux côtés Non**

**26. Avez-vous un problème pour tolérer certains sons car vous les trouvez trop forts ?**

**C’est à dire trouvez-vous désagréables ou agressifs des sons que les autres personnes**

**autour de vous trouvent confortables ?**

**Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours**

**27. Est-ce que les sons vous provoquent une sensation inconfortable ou douloureuse ?**

**OUI NON Je ne sais pas**

**28. Vous plaignez-vous de maux de tête ou céphalées ?**

**OUI NON Je ne sais pas**

**29. Vous plaignez-vous de vertiges ou d’instabilité ?**

**OUI NON Je ne sais pas**

**30. Vous plaignez-vous de problèmes d’articulation de la mâchoire ?**

**OUI NON Je ne sais pas**

**31. Vous plaignez-vous de douleurs cervicales ?**

**OUI NON Je ne sais pas**

**32. Présentez-vous d’autres syndromes douloureux?**

**OUI NON Je ne sais pas**

**35. Etes-vous actuellement traité pour des troubles psychologiques ?**

**OUI NON Je ne sais pas**

**36.** Votre acouphène vous empêche t’il de vous relaxer ?

OUI NON Parfois

37. Avez vous le sentiment de ne pouvoir vous libérer de votre acouphène ?

OUI NON Parfois

38. Votre acouphène retentit ’il sur la qualité de vos relations avec votre famille, vos amis ?

OUI NON Parfois