

Nom du patient :

Date:

NOTE : l'objectif de ce questionnaire est de connaître la nature et l'importance des difficultés que provoquent vos acouphènes. Il est important de répondre à chaque question et de n'en oublier aucune.

1. Avez-vous des problèmes de concentration à cause de vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
2. La puissance de vos acouphènes rend-elle la compréhension d'autres personnes difficile ?	Oui	Parfois	Non
3. Vos acouphènes vous rendent-ils agressif/ve ?	Oui	Parfois	Non
4. Vos acouphènes sont-ils source de confusion ?	Oui	Parfois	Non
5. Vous sentez-vous désespéré(e) à cause de vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
6. Vous plaignez-vous souvent de vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
7. Le soir, avez-vous du mal à trouver le sommeil à cause de vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
8. Avez-vous la sensation de ne pas pouvoir « échapper » à vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
9. Vos acouphènes vous empêchent-ils de profiter de vos sorties (au restaurant, au cinéma, etc.) ?	Oui	Parfois	Non
10. Vos acouphènes sont-ils source de frustration ?	Oui	Parfois	Non
11. Vos acouphènes vous donnent-ils l'impression d'être gravement malade ?	Oui	Parfois	Non
12. Vos acouphènes vous donnent-ils l'impression de vous empêcher de profiter de la vie ?	Oui	Parfois	Non
13. Vos acouphènes pèsent-ils sur vos responsabilités professionnelles ou personnelles ?	Oui	Parfois	Non
14. Êtes-vous souvent irritable à cause de vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
15. Avez-vous du mal à lire à cause de vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
16. Vos acouphènes vous contrarient-ils ?	Oui	Parfois	Non
17. Pensez-vous que vos acouphènes ont introduit du stress dans vos relations familiales ou amicales ?	Oui	Parfois	Non
18. Avez-vous du mal à vous concentrer sur autre chose que vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
19. Avez-vous l'impression d'être impuissant(e) face à vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
20. Vous sentez-vous souvent fatigué(e) à cause de vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
21. Vous sentez-vous déprimé(e) à cause de vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
22. Vos acouphènes vous rendent-ils anxieux/se ?	Oui	Parfois	Non
23. Ressentez-vous un sentiment de lassitude face à vos acouphènes ?	Oui	Parfois	Non
24. Vos acouphènes s'aggravent-ils lorsque vous êtes stressé(e) ?	Oui	Parfois	Non
25. Vos acouphènes vous rendent-ils peu sûr(e) de vous ?	Oui	Parfois	Non



FLASHEZ
OU CLIQUEZ
SUR LE QR CODE

TOTAL PAR COLONNE

	x4	x2	x0
SCORE TOTAL	+	+	
	=		

Pour interpréter ce résultat, référez-vous à l'échelle d'évaluation de l'impact des acouphènes au verso.

HISTORIQUE DES ACOUPHÈNES

1. Depuis combien de temps avez-vous des acouphènes ? _____

2. Où entendez-vous les acouphènes ?

Oreille droiteOreille gaucheDans la tête

Les deux oreillesAilleurs

3. Quand avez-vous entendu vos acouphènes pour la 1ère fois ? _____

4. Un incident particulier est-il à l’origine de vos acouphènes ?

NonOui, précisez : _____

5. Pouvez-vous qualifier vos acouphènes, par exemple sifflement, pulsation, criquets, bourdonnement, etc... _____

6. Vos acouphènes sont-ils ? (une seule réponse)

PermanentsFluctuantsNe sais pas

7. Avez-vous été exposé au bruit (loisirs et/ou travail) ? Si oui, précisez : _____

8. Y a-t-il un moment de la journée où vos acouphènes sont les plus ennuyeux ?

MatinAprès-midiSoirée

9. Depuis le début de vos acouphènes, avez-vous éprouvé d’autre(s) problème(s) ? (cochez la ou les cases)

Perte auditiveVertigeInfection de l’oreille

Trouble de l’équilibrePression dans l’oreille

10. Souffrez-vous d’autre(s) trouble(s) :

MigraineVertigeDouleur cervicale

Syndrome douloureuxProblème temporo-man-dibulaireMaladie de Ménière

Autre problème de santé ou maladie ? Si oui précisez : _____

11. Existe-t-il des facteurs qui vous semblent modifier vos acouphènes ? (cochez les cases correspondantes)

StressMédicamentSommeil

Période du jourNourritureEnvironnement d’écoute

AlcoolMouvement du cou ou/et de la tête.
(ex : serrer les dents, bouger la mandibule en arrière)

La caféine

12. Laquelle de vos activités est la plus perturbée par vos acouphènes ? (une seule réponse) :

SommeilAuditionConcentration

Bien-êtreAutre, précisez : _____

13. Etes-vous sensible aux sons forts :

OuiNon

14. Avez-vous essayé un traitement ou plusieurs ? Si oui, le(s)quel(s) et cela vous a-t-il aidé ? _____

RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION DES ACOUPHÈNES :

Le patient a-t-il une perte auditive : _____

Score de l'évaluation de l'impact des acouphènes : _____

Une consultation est-elle nécessaire ? _____

Recommandation de traitement : _____

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'IMPACT DES ACOUPHÈNES		
NIVEAU	SCORE	DESCRIPTION
1	0-16	Léger : seulement entendus dans les environnements calmes ; très facilement masqués. Pas d'incidence sur le sommeil et les activités quotidiennes.
2	18-36	Faible : facilement masqués par l'environnement sonore et facilement oubliés pendant les activités quotidiennes. Peuvent parfois troubler le sommeil mais pas les activités.
3	38-56	Moyen : peuvent être perçus même en présence d'un environnement sonore modérément bruyant. Les activités quotidiennes peuvent toujours être exécutées.
4	58-76	Sévère : presque toujours entendus et rarement masqués. Entraîne des perturbations dans le sommeil et peut diminuer la capacité à effectuer les activités quotidiennes. Conséquences néfastes sur les activités calmes.
5	78-100	Catastrophique : toujours entendus, sommeil perturbé, difficultés avec n'importe quelle activité.

McCombe, A., Baguely, D., Coles, R., McKenna, L., McKinney, C. & Windle-Taylor, P. (2001). Guidelines for the grading of tinnitus severity: the results a working group commissioned by the British Association of Otolaryngologists, Head and Neck Surgeons, 999. Clin. Otolaryngol 26, 388-393.