



Nom :
Adresse :

Date de naissance :
Téléphone :

QUESTIONNAIRE SUR L'HYPO-HYPERACOUSIE ET L'ACOUPHÈNE

Je vous remercie 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 a été adapté de celui de la Clinique d'intervention et d'étude de l'acouphène de l'Hôpital d'Ottawa, site général.

NOTEZ BIEN : Ce questionnaire peut être complété directement à l'ordinateur et retourné par courriel, les zones sensibles sont grisées. Vous pouvez aussi l'imprimer (idéalement recto - verso) pour le compléter à la main et le poster, le télécopier ou l'amener avec vous lors de votre visite. Pour compléter ce questionnaire à l'ordinateur, suivez les directives suivantes.

- Pour inscrire une réponse, placez votre curseur dans les zones grisées et écrivez 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 aux restaurants 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
- Autres :

- 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
- Autres :

- Cliquetis – craquement de la mâchoire
- Vibration tympanique
- Océan – statique
- Bruit d'engin de moteur
- Bourdonnement – murmure
- Pilonnage – martelage – pulsation
- Cloche – sonnerie – tonalité « i »
- Eau qui coule
- Cigale – grillon – criquet
- Sifflement – sifflet à vapeur- son « s »
- Grésillement (friture)
- Câble électrique à haute tension
- Choc électrique dans la tête
- Musique
- Voix
- Autre:

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Graduellement à l'oreille droite | <input type="checkbox"/> Graduellement à l'oreille droite |
| <input type="checkbox"/> Graduellement à l'oreille gauche | <input type="checkbox"/> Graduellement à l'oreille gauche |
| <input type="checkbox"/> Soudainement à l'oreille droite | <input type="checkbox"/> Soudainement à l'oreille droite |
| <input type="checkbox"/> Soudainement à l'oreille gauche | <input type="checkbox"/> Soudainement à l'oreille gauche |
| <input type="checkbox"/> Également dans les deux oreilles, pire dans l'oreille : | <input type="checkbox"/> Également dans les deux oreilles, pire dans l'oreille : |

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Graduellement à l'oreille droite |
| <input type="checkbox"/> Graduellement à l'oreille gauche |
| <input type="checkbox"/> Soudainement à l'oreille droite |
| <input type="checkbox"/> Soudainement à l'oreille gauche |
| <input type="checkbox"/> Également dans les deux oreilles, pire dans l'oreille : |
| <input type="checkbox"/> Dans la tête |
| <input type="checkbox"/> 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?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Un peu embarrassé - frustré | <input type="checkbox"/> Un peu sensible |
| <input type="checkbox"/> Occasionnellement embarrassé - frustré | <input type="checkbox"/> Occasionnellement sensible |
| <input type="checkbox"/> Souvent embarrassé - frustré | <input type="checkbox"/> Souvent sensible |
| <input type="checkbox"/> Toujours embarrassé - frustré | <input type="checkbox"/> Toujours sensible |
| <input type="checkbox"/> Je me suis isolé des autres | <input type="checkbox"/> Je ne peux pas sortir sans protecteur |

● *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?*

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Présent - pas dérangeant |
| <input type="checkbox"/> Dérangeant mais je peux l'ignorer |
| <input type="checkbox"/> Difficile à ignorer |
| <input type="checkbox"/> Toujours dérangeant |
| <input type="checkbox"/> Envahissant presque toujours |

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

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pas présent | <input type="checkbox"/> Pas présent |
| <input type="checkbox"/> Mieux | <input type="checkbox"/> Mieux |
| <input type="checkbox"/> La même | <input type="checkbox"/> La même |
| <input type="checkbox"/> Fluctuante | <input type="checkbox"/> Fluctuante |
| <input type="checkbox"/> Pire | <input type="checkbox"/> Pire |

- | |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pas présent |
| <input type="checkbox"/> Mieux |
| <input type="checkbox"/> La même |
| <input type="checkbox"/> Fluctuante |
| <input type="checkbox"/> 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 fatigué (le soir)
 Quand je dors
 Quand je suis fâché
 Quand je suis heureux (se)-calme
 Quand je suis tendu(e) /anxieux (se)
 Lors du port de prothèse (s) auditive (s)
 Lors du port de protecteurs d'oreille
 Quand j'écoute la statique de la radio ou quand je porte un masqueur
 Quand je suis dans des lieux tranquilles
 Quand je suis exposé aux bruits faibles
 Quand je suis exposé aux bruits forts
 Lorsque j'écoute de la musique, la radio ou la télévision
 En faisant des activités physiques, en bougeant la tête
 Changement d'altitude
 Quand je prends des médicaments
 Quand j'ai bu de l'alcool

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

Quand je suis reposé (le matin)
 Quand je suis fatigué (le soir)
 Quand je me couche
 Quand je suis fâché
 Quand je suis heureux (se)-calme
 Quand je suis tendu(e) /anxieux (se)
 Lors du port de prothèse (s) auditive (s)
 Lors du port de protecteurs d'oreille
 Lorsque je suis congestionné(e) ou mes oreilles sont bouchées
 Quand j'écoute la statique de la radio ou quand je porte un masqueur
 Quand je suis dans des lieux tranquilles
 Quand je suis exposé aux bruits faibles
 Quand je suis exposé aux bruits forts
 Lorsque j'écoute de la musique, la radio ou la télévision
 Quand je suis actif (ve)
 En faisant des activités physiques ou en forçant
 Quand je bouge la tête
 Quand je serre des dents
 En mangeant ou après avoir mangé
 Changement d'altitude
 Quand je prends des médicaments
 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)

8. Pouvez-vous relier un événement particulier au commencement de votre hypo - hyperacousie ou de votre acouphène?

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

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

Une infection de l'oreille/sinus
 Longue exposition au bruit
 Exposition à un bruit fort de courte durée
 Blessure ou coup à la tête
 Coup de lapin ("whiplash", accident de la route) - trauma ou rachis cervical
 Une maladie
 Une chirurgie
 La prise de médicaments
 Aucun événement en particulier
 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 de l'articulation temporomandibulaire
- Psychologue/psychiatre
- Chiropraticien
- Physiothérapie
- Ostéopathe
- Pharmacien
- Naturopathe
- Autres:

- Aucun
- Généraliste
- Spécialiste ORL
- Audiologiste
- Audioprothésiste
- Neurologue
- Dentiste/spécialiste de l'articulation temporomandibulaire
- Psychologue/psychiatre
- Chiropraticien
- Physiothérapeute
- Ostéopathe
- Autres:

- Aucun
- Généraliste
- Spécialiste ORL
- Audiologiste
- Audioprothésiste
- Neurologue
- Dentiste/spécialiste de l'articulation temporomandibulaire
- Psychologue/psychiatre
- Chiropraticien
- Physiothérapeute
- Ostéopathe
- Massothérapeute
- Naturopathe
- Dentiste
- Diététicien
- Pharmacien
- 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
Physiothérapie
Relaxation
Autres:

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

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

11. Pour chacun de vos symptômes, indiquez à quel degré il interfère en inscrivant 0 (jamais), 1 (quelques fois), 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?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ça prend plus de temps à m'endormir | <input type="checkbox"/> Ça prend plus de temps à m'endormir | <input type="checkbox"/> Ça prend plus de temps à m'endormir |
| <input type="checkbox"/> Ça me réveille lorsque je suis endormi | <input type="checkbox"/> Ça me réveille lorsque je suis endormi | <input type="checkbox"/> Ça me réveille lorsque je suis endormi |
| <input type="checkbox"/> Non lié à l'hypoacousie | <input type="checkbox"/> Non lié à l'hyperacousie | <input type="checkbox"/> Non lié à l'acouphène |

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

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

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

- | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infection d'oreille | <input type="checkbox"/> Drainage | <input type="checkbox"/> Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Perforation | <input type="checkbox"/> 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 à des bruits forts? non si oui

Expliquez: Combien d'années: Protecteurs d'oreilles?

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

Expliquez: Combien d'années: Protecteurs d'oreilles?

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

Lequel: Combien d'années: Protecteurs d'oreilles?

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

Lequel: Combien d'années: Protecteurs d'oreilles (ER)?

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

non oui si oui : Combien d'année :

Avez-vous des craquements Grincez-vous des dents? non oui Portez-vous une prothèse? non oui

douloureux au niveau de la mâchoire?

non oui

18. Souffrez-vous:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Glande thyroïde | <input type="checkbox"/> Étourdissement- vertiges |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Dépression clinique |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête- migraine | <input type="checkbox"/> Problème de cou - cervical | <input type="checkbox"/> Attaques d'anxiété |
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Comportement obsessionnel - compulsif |
| <input type="checkbox"/> Sinusite | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Comportement maniaco-dépressif |
| <input type="checkbox"/> Haut taux de cholestérol | <input type="checkbox"/> Constipation | |
| <input type="checkbox"/> Autres: | | |

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

20. Fumez-vous:

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Du tabac | <input type="checkbox"/> De la marijuana | <input type="checkbox"/> Autres drogues, lesquelles |
| Combien d'années: | Combien d'années: | Combien d'années: |
| Combien par jour: | Combien par jour: | Combien par jour: |

21. **Buvez-vous de ces breuvages, (veuillez indiquer le nombre de "petites" tasses ou verres par jour):**

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Café caféiné | <input type="checkbox"/> Thé caféiné | <input type="checkbox"/> Cola caféiné |
| <input type="checkbox"/> Chocolat chaud | <input type="checkbox"/> Alcool, laquelle | <input type="checkbox"/> Eau tonique (ex. gin tonique) |
| | | <input type="checkbox"/> Boisson énergisante |

22. **Prenez-vous de ces aliments tous les jours?**

- | | | |
|---|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sucre | <input type="checkbox"/> Sel | <input type="checkbox"/> Glutamate monosodique (GMS ou MSG en anglais) |
| <input type="checkbox"/> Aliments avec additifs | <input type="checkbox"/> Épices | |

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

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

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

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Très insatisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Très satisfait |
|---|------------------------------------|---|

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

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hypoacousie | <input type="checkbox"/> Hyperacousie | <input type="checkbox"/> Acouphène |
|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|

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

27. **Je désire obtenir de l'aide avec 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 (____) = ____

