ECHELLE DE QUANTIFICATION DES ACOUPHENES

(à réaliser aux séances 0, 5, 10, 15, 20)

Nom et Prénom :

Date :

Délai (en jours) par rapport à l'apparition des acouphènes :

Nombre de séances de caisson hyperbare effectuées :

A quel bruit ressemblent vos acouphènes (pluie, bourdonnement, sifflement, …) :

Ecrivez-le en onomatopée :

Questionnaire (entourer les cases) :

1) Quel est le niveau sonore de vos acouphènes ?
   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2) Vos acouphènes vous réveillent-ils la nuit ?
0. jamais 1. <1/semaine 3. 1/semaine à 1/nuit 5. Plusieurs fois /nuit

3) Vous sentez-vous gêné(e) dans une atmosphère bruyante ou dans une conversation à >3 ?
0. Jamais 1. Rarement 3. Souvent 5. systématiquement

4) Vos acouphènes vous empêchent-ils de réaliser une activité courante prévue ?
0. Jamais 1. <1/semaine 3. 1/semaine à 1/jour 5. Plusieurs fois/jour

5) Vos acouphènes vous empêchent-ils de réaliser votre activité professionnelle ?
0. Jamais 1. <1/semaine 3. 1/semaine à 1/jour 5. Plusieurs fois/jour

6) Vos acouphènes vous provoquent-ils des symptômes réactionnels (maux de tête, anxiété, irritabilité, fatigue excessive, …) ?
0. Jamais 1. <1/semaine 3. 1/semaine à 1/jour 5. Plusieurs fois/jour

7) Vous arrive-t-il d'oublier vos acouphènes ou qu'ils ne vous gênent plus du tout ?
0. La plupart du temps 1. Au moins 1/jour 3. Rarement 5. jamais

8) Quel est le niveau global de gène que vous provoquent vos acouphènes dans la vie quotidienne?
   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
   Nul insupportable

Total : / 50