

HISTORIQUE DES ACOUPHÈNES

1. Depuis combien de temps avez-vous des acouphènes ? _____
2. Où entendez-vous les acouphènes ?
 Oreille droite Oreille gauche Dans la tête
 Les deux oreilles Ailleurs
3. Quand avez-vous entendu vos acouphènes pour la 1^{ère} fois ? _____
4. Un incident particulier est-il à l'origine de vos acouphènes ?
 Non
 Oui, précisez : _____
5. Pouvez-vous qualifier vos acouphènes, par exemple sifflement, pulsation, criquets, bourdonnement, etc... _____
-
6. Vos acouphènes sont-ils ? (une seule réponse)
 Permanents Fluctuants Ne 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 ?
 Matin Après-midi Soirée
9. Depuis le début de vos acouphènes, avez-vous éprouvé d'autre(s) problème(s) ? (cochez la ou les cases)
 Perte auditive Vertige Infection de l'oreille
 Trouble de l'équilibre Pression dans l'oreille
10. Souffrez-vous d'autre(s) trouble(s) :
 Migraine Vertige Douleur cervicale
 Syndrome douloureux Problème temporo-mandibulaire Maladie 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)
 Stress Médicament Sommeil
 Période du jour Nourriture Environnement d'écoute
 Alcool Mouvement 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) :
 Sommeil Audition Concentration
 Bien-être Autre, précisez : _____
13. Etes-vous sensible aux sons forts : Oui Non
14. Avez-vous essayé un traitement ou plusieurs ? Si oui, le(s)quel(s) et cela vous a-t-il aidé ? _____
-