|  |  |
| --- | --- |
|  | *J*IAS Questionnaire pour adultes |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom: | Prénom: | Date de naissance: |
| Rue: | Lieu: | |
| No. tél.: | E-Mail: | |
| Questionnaire complété le: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Questions** | **Oui** | **Non** |
| 1. Problèmes avec des infections de l’oreille, otites séreuses, ou d’autres  problèmes auditifs? |  |  |
| Commentaires: | | |
| 2. Difficultés avec des bruits de fond? |  |  |
| Commentaires: | | |
| 3. Difficultés de retenir des informations parlées? |  |  |
| Commentaires: | | |
| 4. Répondre lentement sur des informations parlées? |  |  |
| Commentaires: | | |
| 5. Hypersensible à l’égard de certains bruits? |  |  |
| Commentaires: | | |
| 6. Comprendre de travers des mots? |  |  |
| Commentaires: | | |
| 7. Intonation plate, monotone? Pas bien de répéter des tons? |  |  |
| Commentaires: | | |
| 8. Souffrez-vous d’acouphènes? Si oui, depuis quand? Dans quelle oreille?  Comment résonne l’acouphène (bourdonnement, bruissement, sifflement)?  A quel degré vous le considérez (peu, important, fort)? |  |  |
| Commentaires: | | |
| **Questions** | **Oui** | **Non** |
| 9. Êtes-vous actuellement en traitement thérapeutique? |  |  |
| Commentaires: | | |
| 10. Prenez-vous des médicaments? |  |  |
| Commentaires: | | |
| 11. L’écoute a-t-elle déjà été contrôlée? Si oui quand? Résultat? |  |  |
| Commentaires: | | |
| 12. Est-ce que la capacité de concentration, à votre avis, s’est affaiblie? |  |  |
| Commentaires: | | |
| 13. Êtes-vous rêveur? absent? |  |  |
| Commentaires: | | |
| 14. Êtes-vous plus tôt agité/nerveux ? |  |  |
| Commentaires: | | |
| 15. Avez-vous des problèmes de sommeil? |  |  |
| Commentaires: | | |
| 16. Avez-vous des douleurs? (tête, mâchoire, colonne vertébrale) |  |  |
| Commentaires: | | |
| 17. Vous sentez-vous stressé ou bien vanné? |  |  |
| Commentaires: | | |
| 18. Dans quelle situation de la vie considérez-vous le plus fort des atteintes |  |  |
| Commentaires: | | |
| 19. Quelle est l’ampleur de la souffrance selon cette échelle:  0 (Absolument pas du tout) ------------ jusqu’à------------- 10 (souffrance massive) | |  |
| 20. Autres commentaires: | | |