



JIAS 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:		