

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## Questionnaire sur la satisfaction en matière d'audition

- 1.** Sur une échelle de 1 à 10, comment classeriez-vous votre audition en général?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 2.** À l'aide d'un crochet, indiquez votre niveau de satisfaction dans diverses situations d'écoute.

Situation d'écoute	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait
Conversations tranquilles					
Téléviseur					
Voix d'enfants					
Téléphone					
Activités (exemple: la marche)					
Voiture					
Magasinage					
Au restaurant					
Réunions					
Services religieux					
Musique					

- 3.** Répondez aux questions par oui ou par non à l'aide d'un crochet. Précisez, au besoin.

Questions	Oui	Non	Précisions
Êtes-vous victime d'une perte d'audition soudaine ?			
Avez-vous eu des infections aux oreilles ?			
Avez-vous eu des chirurgies aux oreilles ?			
Souffrez-vous d'acouphène ? (bourdonnements ou sifflements)			
Avez-vous des étourdissements ou des vertiges ?			
Dans votre famille, y a-t-il des antécédents de perte auditive ?			
Avez-vous été exposé au bruit dans le cadre de votre emploi ?			
Avez-vous un stimulateur cardiaque ?			
Faites-vous du diabète ?			