

## TSCH Questionario

Nome:

Data:

Data di nascita:

1. Et :

2. Genere:

m

f

3.

mancino

destrismo

ambidestro

4. Familiarit  per acufene

Si

in caso di si:

genitori

fratelli

bambini

No

5. Inizio dell'acufene: Quando lo ha sentito per la prima volta? \_\_\_\_\_

6. In que modo ne ha percepito l'insorgenza?  graduale  intermittente

7. Eventi associati all'insorgenza:

trauma acustico

trauma cranico

cambiamento dell'udito

stress

ferita alla testa

altro \_\_\_\_\_

8. Lo sente pulsare?

Si, come un battito cardiaco

Si, ma differente da un battito cardiaco

No

**9. Dove lo sente?**

- nell'orecchio a destra       nell'orecchio a sinistra
- In entrambe le orecchie, peggio a sinistra       In entrambe le orecchie, peggio a destra
- In entrambe le orecchie nello stesso modo       dentro la testa       altrove

**10. In quale modo l'acufene si manifesta nel corso del tempo?**

- intermittente       continuo

**11. Il volume del suo acufene varia di giorno in giorno?**

- Sì       No

**12. Descriva il volume medio del suo acufene utilizzando una scala da 1 – 100.**

(1 = *molto debole*; 100 = *molto forte*)

\_\_\_\_\_ ( 1 – 100 )

**13. Descriva con le sue parole come suona il suo acufene di solito:**

\_\_\_\_\_

La seguente lista le dà alcuni esempi di sensazioni, può anche utilizzare altri termini:  
scroscio, fruscio, suono, pulsazione, ronzio, scatto, scricchiolio, suono tonale (come il suono del telefono o come altri suoni), rombo, schiocco, rimbombo, fischio, macchina da scrivere, zuffolo, sibilo

**14. Il suono è più come un tono o piuttosto come un rumore?**

- tono       rumore       grilli       altra sensazione

**15. Descriva la frequenza del suo acufene:**

- frequenza molto alta     frequenza alta     frequenza media     frequenza bassa

**16. Con quale percentuale di tempo da sveglio in cui l'acufene, nell'ultimo mese, è stato presente?**  
Per esempio, 100 % indicherebbe presenza del suo acufene per tutto il tempo, 25 % indicherebbe presenza per un quarto del tempo.

\_\_\_\_\_ % (Iscriva una cifra tra 1 e 100)

**17. Con quale percentuale del suo tempo da sveglio in cui l'acufene, nell'ultimo mese, l'ha irritato, l'ha reso infelice e nervosa?**

\_\_\_\_\_ % (Iscriva una cifra tra 1 e 100)

**18. A quanti trattamenti differenti si è sottoposto per acufene?**

- nessuno     uno     più di uno     molti

**19. L'acufene diminuisce o si maschera con musica o con certi tipi di suoni ambientali, per esempio con il suono di una cascata o dell'acqua corrente quando fa la doccia?**

- Sì     No     No lo so

**20. Un rumore forte peggiora il suo acufene?**

- Sì     No     No lo so

**21. Il movimento della testa, e/o del collo (per esempio lo spingere avanti della mascella o lo stringere dei denti) o un movimento delle braccia, toccare l'orecchio o la testa con le mani influiscono sull'acufene?**

- Sì     No

22. Riposare di giorno influisce sull'acufene?

- aumenta l'acufene       diminuisce l'acufene       ha nessun effetto

23. C'è relazione tra il sonno notturno e l'acufene di giorno ?

- Sì       No       No lo so

24. Lo stress influisce sull'acufene?

- aumenta l'acufene       diminuisce l'acufene       ha nessun effetto

25. Il trattamento con farmaci influisce sull'acufene?

farmaco	effetto / descrizione

26. Ha problemi di udito?

- Sì       No

27. Porta apparecchi per l'udito?

- sulla destra       sulla sinistra       da ambo le parti       da nessuna parte

28. Le capita di trovare fastidiosi suoni perchè sembrano troppo forti? Ha la sensazione che alcuni suoni che altre persone trovano piacevoli, siano per lei troppo forti e spiacevoli ?

- mai       raramente       qualche volta       spesso       sempre

**29. I suoni danno fastidio o causano un malessere fisico?**

**Si**       **No**       **No lo so**

**30. Soffre di mal di testa?**

**Si**       **No**

**31. Soffre di vertigini?**

**Si**       **No**

**32. Ha disfunzioni temporo-mandibolari?**

**Si**       **No**

**33. Ha problemi cervicali?**

**Si**       **No**

**34. Soffre di altre sindromi algiche (dolori)?**

**Si**       **No**

**35. Al momento si sottopone a trattamenti per problemi psichiatrici?**

**Si**       **No**