

Questionnaire Otite Chronique COMQ 12

Ces questions sont faites pour savoir si vos problèmes d'oreille vous gênent. Personne ne peut le faire à votre place : c'est à vous de nous le dire ! Nous espérons que ce questionnaire nous aidera à mieux comprendre ce qui vous gêne le plus. Cela nous aidera à mieux vous soigner, et nous permettra d'améliorer la prise en charge de patients avec des problèmes d'oreille.

Merci de répondre, après avoir lu attentivement chaque question, en entourant le numéro qui correspond à votre réponse. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, mais essayez de bien réfléchir avant d'entourer le chiffre de votre réponse. Essayez simplement de répondre le plus honnêtement possible. Pour chaque question, pensez à ce que vous avez ressenti durant les 6 derniers mois.

Pour répondre aux questions suivantes, indiquez-nous la sévérité des différents éléments décrits en utilisant l'échelle ci-dessous et en entourant la valeur appropriée :

0 Cela ne me dérange pas du tout

1 Cela me gêne un peu

2 Cela me gêne moyennement

3 Cela me gêne beaucoup mais je le supporte

4 Cela me gêne beaucoup et j'ai du mal à supporter

5 C'est la pire chose qui ne me soit jamais arrivée et ça me gêne la vie

Sévérité des symptômes

A) Ecoulement d'oreille

0 1 2 3 4 5

B) Avoir une oreille qui sent mauvais

0 1 2 3 4 5

C) Difficultés à entendre à la maison (par ex : obligé de monter le son de la radio, de la télévision ?)

0 1 2 3 4 5

D) Difficultés à entendre quand on parle en groupe ou qu'il y a du bruit autour de vous ?

0 1 2 3 4 5

E) Inconfort dans votre oreille ou autour de votre oreille ?

0 1 2 3 4 5

F) Vertiges ou des pertes d'équilibre ?

0 1 2 3 4 5

G) Bruits ou des sifflements bizarres dans votre oreille ?

0 1 2 3 4 5

Pour répondre aux questions suivantes, indiquez-nous à quelle fréquence vous ressentez les différents éléments décrits en utilisant l'échelle ci-dessous et en entourant la valeur appropriée :

0 Moins d'une fois en 6 mois ou ça n'est jamais arrivé

1 Au moins une fois en 6 mois

2 Au moins une fois tous les 3 mois

3 Au moins une fois par mois

4 Au moins une fois par semaine

5 Presque tous les jours

Impact sur la vie et le travail

Indique combien de fois vous N'AVEZ PAS été capable de :

H) Faire vos activités normales à la maison ou au travail ?

0 1 2 3 4 5

I) Vous laver, vous doucher ou prendre un bain, par exemple par peur d'une infection de l'oreille ?

0 1 2 3 4 5

Impact sur le recours aux soins

J) Combien de fois avez-vous eu besoin d'aller chez votre médecin pour votre problème d'oreille ??

0 1 2 3 4 5

K) Combien de fois avez-vous eu besoin de prendre ou de faire un traitement pour vos problèmes d'oreille (y compris des gouttes dans les oreilles) ?

0 1 2 3 4 5

Pour la question suivante, indiquez-nous à quel point les symptômes sont lourds, sur une échelle de 0 à 5.

0 veut dire : je ne suis pas gêné du tout et 5 veut dire : je ne peux pas imaginer pire !

L) Est-ce vos problèmes d'oreille vous gâchent la vie ?

0 1 2 3 4 5

Merci de bien vouloir vérifier que vous avez répondu à chaque question. N'hésitez pas à demander de l'aide si vous trouvez ce questionnaire ou ses questions difficiles.

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre.