



France Acouphènes
92, rue du Mont Cenis
75018 - Paris

Enquête de connaissance du neurinome de l'acoustique

France Acouphènes développe ses actions envers le neurinome de l'acoustique, car cette pathologie demeure encore très méconnue.

Pour cela, il nous faut mieux appréhender statistiquement cette maladie.

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire afin de nous aider dans le futur.

Homme :

Femme :

Nom :

Prénom :

Adresse :
.....

Mail : Age :

Tél. fixe : Tél. portable :

Votre neurinome

Est-il : à droite à gauche Indiquer sa taille :

A quel âge l'avez vous découvert :

Quels sont les symptômes qui ont conduit à diagnostiquer votre neurinome :

.....
.....

Quels examens avez-vous passé ?

.....
.....

Aujourd'hui, êtes-vous :

1) en attente de traitement :

oui non

2) opéré :

oui non

si oui, où :

Hôpital (clinique) :

Ville :

par qui :

Neurochirurgien :

ORL :

par quelle voie chirurgicale :

Rétrosygmöide o

Suspétreuse o

Translabirynthique o

Autres : laquelle :

3) traité par GK :

oui non

si oui, où :

Lille

oui non

Marseille

oui non

Paris

oui non

4) traité par radiothérapie fractionnée :

oui non

si oui, où :

Hôpital (clinique) :

Ville :

par qui :

Nombre de séances :

Dosage (nb Gray) :

5) traitement combiné (opération + GK) :

oui non

si oui, pour l'opération, veuillez renseigner les paragraphes ci-dessus 2 (pour l'opération) et 3 (pour les GK).

6) autre traitement :

oui non

si oui, lequel :

où :

Hôpital (clinique) :

Ville :

par qui :

Vos séquelles, leur évolution

Mettre une croix dans les cases concernées :

Type de séquelles	Date de l'intervention _____ / _____ / _____				
	Avant traitement	Post traitement	à 6 mois	à 1 an	à 2 ans et plus
Baisse d'audition partielle					
Perte d'audition totale (surdité)					
Déséquilibre					
Vertiges					
Acouphènes					
Paralysie faciale (si oui quel stade ?)					
Fatigue					
Dépression					
Migraine					
Hyperacousie					
Névralgie					
Agueusie					
Autres (lesquelles)					

Votre suivi médical spécifique – votre appréciation

	oui - non	Fréquence	Où	Par qui	Résultats – commentaires
Anastomose					
Myoplastie					
Kiné vestibulaire (nombre de séance)					
Sophrologie					
Acupuncture					
Ostéopathie					
IRM					
Autres (lesquelles)					

Connaissez vous une récurrence ? oui non

L'avez vous traitée ? oui non

Si oui, par quel traitement, où et par qui :

.....

Prenez-vous des traitements, lesquels :

.....

Avez vous un appareillage auditif suite à votre neurinome : oui non

Si oui, lequel : Baha Cros autres

Compléments d'informations que vous jugeriez utiles de nous communiquer :

.....

Afin de permettre à France Acouphènes de mieux répondre à vos attentes, auriez-vous un besoin concernant une information complémentaire, si oui, laquelle :

.....

Accepteriez-vous de participer à des groupes de parole avec un proche ou accompagnant pour échanger et partager votre expérience ? oui non

Merci de votre aide

Veillez retourner votre questionnaire :

- *par courrier à l'adresse de notre siège indiquée en début d'enquête*
- *par mail à l'adresse suivante : contact.neurinome@france-acouphenes.org*