

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 passés ?

.....
.....

Aujourd'hui, êtes-vous :

1) en attente de traitement :

oui non

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 ou traitement _____ / _____ / _____				
	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 (perte du goût)					
Autres (lesquelles)					

Votre suivi médical spécifique – votre appréciation

	oui - non	Fréquence	Où	Par qui	Résultats – commentaires
Anastomose (chirurgie post paralysie faciale)					
Myoplastie (chirurgie post paralysie faciale)					
Kiné vestibulaire (nombre de séances)					
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 : ancrage osseux Cros/bi-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 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*