

PROTOCOLLO PER LA DIAGNOSI E LA TERAPIA DI ACUFENI E IPERACUSIA

QUESTIONARIO THI - Tinnitus Handicap Inventory

SIG.:.....

Data:...../...../.....

- | SI | Talvolta | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | F. L'acufene le ostacola la concentrazione? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | F. L'intensità dell'acufene le impedisce di sentire la gente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E. L'acufene la fa arrabbiare? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | F. L'acufene la fa sentire confuso? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | C. A causa dell'acufene si senti disperato? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E. Si lamenta spesso del suo acufene? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | F. L'acufene le crea difficoltà ad addormentarsi la notte? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | C. Le sembra di non riuscire a sfuggire al suo acufene? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | F. Il suo acufene le impedisce di vivere la sua vita sociale? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E. A causa del suo acufene si senti frustrato? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | C. Il suo acufene le sembra una terribile malattia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | F. Il suo acufene le rende difficile godersi la vita? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | F. Interferisce sul lavoro o sulle responsabilità familiari? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | F. L'acufene la rende spesso irritabile? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | F. La presenza del suo acufene le rende difficile la lettura? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E. Il suo acufene la fa sentire sconvolto? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E. L'acufene ha incrinato i rapporti con familiari e amici? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | F. La sua attenzione è sempre rivolta verso il suo acufene? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | C. Pensa di non avere nessun controllo sul suo acufene? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | F. A causa del suo acufene si senti spesso stanco? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E. A causa del suo acufene si sente depresso? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E. Il suo acufene la rende ansioso? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | C. Pensa di non riuscire più a tenere testa al suo acufene? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | F. Il suo acufene peggiora quando è sotto stress? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E. Il suo acufene la fa sentire insicuro? |

TOTALE:.....

Sottoscale : Funzionale Emotiva Catastrofica