

INDEX FONCTIONNEL DE L'ACOUPHÈNE (TFI)

Nom : _____

Date : _____

Veillez lire attentivement chaque question ci-dessous. Pour répondre à une question, sélectionnez UN des chiffres listés pour cette question, puis ENCERCLEZ-le comme ceci : 10% ou 1

I. Au cours de la SEMAINE DERNIÈRE...

1. Quel est le pourcentage de votre temps éveillé où vous êtes **conscient(e)** de vos acouphènes ?

Jamais conscient(e) ► 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% ◀ Toujours conscient(e)

2. Quelle **était** la **force** ou l'**intensité** de vos acouphènes ?

Pas forts du tout ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Extrêmement forts

3. Quel est le pourcentage de votre temps éveillé où vous êtes **gêné(e)** par vos acouphènes ?

Jamais ► 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% ◀ Tout le temps

SC. Au cours de la SEMAINE DERNIÈRE...

4. Pensiez-vous avoir le **contrôle** de vos acouphènes ?

Très bon contrôle ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Jamais de contrôle

5. Était-ce facile pour vous de **faire face** à vos acouphènes ?

Très facile de faire face ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Impossible de faire face

6. Était-ce facile pour vous **d'ignorer** vos acouphènes ?

Très facile à ignorer ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Impossible à ignorer

C. Au cours de la SEMAINE DERNIÈRE...

7. Votre capacité à vous **concentrer** ?

Aucune interférence ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Interférence totale

8. Votre capacité à **penser clairement** ?

Aucune interférence ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Interférence totale

9. Votre capacité à **prêter attention** à d'autres choses que vos acouphènes ?

Aucune interférence ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Interférence totale

SM. Au cours de la SEMAINE DERNIÈRE...

10. À quelle fréquence vos acouphènes vous ont-ils empêché de **vous endormir** ou de rester **endormi(e)** ?

N'ai jamais eu de difficultés ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Toujours eu des difficultés

11. À quelle fréquence vos acouphènes vous ont-ils posé problème pour **dormir autant que** vous en aviez besoin ?

N'ai jamais eu de difficultés ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Toujours eu des difficultés

12. Combien de temps vos acouphènes vous ont-ils empêché de **dormir aussi profondément** ou aussi **paisiblement** que vous l'auriez souhaité ?

Jamais ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Tout le temps

A. Au cours de la SEMAINE DERNIÈRE, dans quelle mesure vos acouphènes ont-ils interféré avec...

13. Votre capacité à **entendre clairement** ?

Aucune interférence ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Interférence totale

14. Votre capacité à **comprendre les personnes** qui parlent ?

Aucune interférence ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Interférence totale

15. Votre capacité à **suivre des conversations** dans un groupe ou lors de réunions ?

Aucune interférence ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Interférence totale

R. Au cours de la SEMAINE DERNIÈRE, dans quelle mesure vos acouphènes ont-ils interféré avec...

16. Vos **activités calmes et reposantes** ?

Aucune interférence ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Interférence totale

17. Votre capacité à **vous relaxer** ?

Aucune interférence ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Interférence totale

18. Votre capacité à apprécier « **le calme et la tranquillité** » ?

Aucune interférence ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Interférence totale

Q. Au cours de la SEMAINE DERNIÈRE, dans quelle mesure vos acouphènes ont-ils interféré avec...

19. Votre capacité à apprécier les **activités sociales** ?

Aucune interférence ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Interférence totale

20. Votre **capacité à profiter de la vie** ?

Aucune interférence ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Interférence totale

21. Vos **rapports** avec vos proches, vos amis et d'autres personnes ?

Aucune interférence ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Interférence totale

22. À quelle fréquence vos acouphènes vous ont-ils empêché d'effectuer **vos travaux ou d'autres tâches**, comme le ménage, votre travail scolaire, garder des enfants ou autres ?

N'ai jamais eu de difficultés ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Toujours eu des difficultés

E. Au cours de la SEMAINE DERNIÈRE...

23. Vos acouphènes **vous ont-ils inquiété ou** angoissé ?

Ni inquiété, ni angoissé ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Fortement inquiété ou angoissé

24. Dans quelle mesure avez-vous été **gêné(e) ou contrarié(e)** par vos acouphènes ?

Ni gêné(e), ni contrarié(e) ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Fortement gêné(e) ou contrarié(e)

25. Avez-vous été **déprimé(e)** à cause de vos acouphènes ?

Pas du tout déprimé(e) ► 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Fortement déprimé(e)

Références

Meikle, M.B., Henry, J.A., Griest, S.E., Stewart, B.J., Abrams, H.B., McArdle, R., Myers, P.J., Newman, C.W., Sandridge, S., Turk, D.C., Folmer, R.L., Frederick, E.J., House, J.W., Jacobson, G.P., Kinney, S.E., Martin, W.H., Nagler, S.M., Reich, G.E., Searchfield, G., Sweetow, R., & Vernon, J.A. (2012). The Tinnitus Functional Index: Development of a New Clinical Measure for Chronic, Intrusive Tinnitus. *Ear Hear.*, 32(2), 153-76.