Questionnaire GHSI

Date:...../...../.....

1. Votre surdité affecte-t-elle souvent vos activités ?				
Fréquemment ou tout le temps ☐	La moitié du temps ☐	Parfois ☐	Rarement ☐	Jamais ☐
2. Dans quelle mesure votre surdité affecte-t-elle votre vie en général ?				
Pas du tout ☐	Très peu ☐	Un peu ☐	Moyennement ☐	Beaucoup ☐
3. Parmi les propositions suivantes, laquelle décrit le mieux votre attitude face à l'avenir ?				
Optimiste ☐	Assez optimiste ☐	Ne sait pas ☐	Assez pessimiste ☐	Pessimiste ☐
4. En raison de votre surdité, vous sentez-vous souvent gêné(e) dans un groupe de gens ?				
Fréquemment ou tout le temps ☐	La moitié du temps ☐	Parfois ☐	Rarement ☐	Jamais ☐
5. Votre confiance en vous est-elle affectée par votre surdité ?				
Pas du tout ☐	Très peu ☐	Un peu ☐	Moyennement ☐	Beaucoup ☐
6. Les difficultés liées à votre surdité affectent-elles souvent vos rapports avec les autres ?				
Jamais ☐	Rarement ☐	Parfois ☐	Fréquemment ☐	Tout le temps ☐
7. Êtes-vous soutenu(e) par vos amis ?				
Extrêmement soutenu(e) ☐	Très soutenu(e) ☐	Assez soutenu(e) ☐	Un peu soutenu(e) ☐	Très peu ou pas du tout ☐
8. Consultez-vous souvent votre médecin de famille pour une raison ou pour une autre ?				
Au moins sept fois par an ☐	Cinq ou six fois par an ☐	Trois ou quatre fois par an ☐	Une ou deux fois par an ☐	Jamais ☐
9. Les difficultés liées à votre surdité affectent-elles souvent la façon dont vous considérez vos possibilités d'emploi ?				
Jamais ☐	Rarement ☐	Parfois ☐	Fréquemment ☐	tout le temps ☐
10. Les difficultés liées à votre surdité vous rendent-elles souvent timide ?				
Fréquemment ou tout le temps ☐	La moitié du temps ☐	Parfois ☐	Rarement ☐	Jamais ☐
11. Combien de personnes s'occupent vraiment de vous ?				
Plus de six personnes ☐	Cinq ou six personnes ☐	Trois ou quatre personnes ☐	Une ou deux personnes ☐	Aucune ☐
12. Si un rhume ou une infection circule, l'attrapez-vous souvent ?				
Fréquemment ou tout le temps ☐	La moitié du temps ☐	Parfois ☐	Rarement ☐	Jamais ☐
13. Devez-vous souvent prendre des médicaments pour une raison ou pour une autre ?				
Fréquemment ou tout le temps ☐	La moitié du temps ☐	Parfois ☐	Rarement ☐	Jamais ☐

14. Les difficultés liées à votre surdité ont-elles un effet sur la façon dont vous vous considérez ?				
Aucun effet ☐	Très peu d'effet ☐	Peu d'effet ☐	Un peu d'effet ☐	Beaucoup d'effet ☐
15. Êtes-vous soutenu(e) par votre famille ?				
Extrêmement soutenu(e) ☐	Très soutenu(e) ☐	Assez soutenu(e) ☐	Un peu soutenu(e) ☐	Très peu ou pas du tout soutenu(e) ☐
16. Êtes-vous souvent gêné(e) par votre surdité ?				
Tous les jours ☐	Une ou deux fois par semaine ☐	Une ou deux fois par mois ☐	Moins de 6 fois par an ☐	Jamais ☐
17. Participez-vous souvent à des activités en société ?				
Plus de trois fois par jour ☐	Une ou deux fois par jour ☐	Une ou deux fois par semaine ☐	Une ou deux fois par mois ☐	Moins de 1 fois par mois ☐
18. Ressentez-vous souvent le besoin de vous retrouver seul(e) ?				
Fréquemment ou tout le temps ☐	La moitié du temps ☐	Parfois ☐	Rarement ☐	Jamais ☐