

## INVENTAIRE INTERNATIONAL PORTANT SUR LES BÉNÉFICES DES AIDES AUDITIVES (IIPBAA)

1. Durant les deux dernières semaines, si vous avez utilisé votre(vos) appareil(s) auditif(s), indiquez combien d'heures par jour en moyenne.

|                          |                           |                          |                          |                          |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| jamais                   | moins d'une<br>heure/jour | 1 à 4<br>h/jour          | 4 à 8<br>h/jour          | plus de 8<br>h/jour      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Souvenez-vous des situations dans lesquelles vous aviez le plus envie d'entendre mieux avant d'avoir votre appareillage auditif. Durant les deux dernières semaines, votre appareillage vous a-t-il aidé dans ces situations?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| jamais<br>aidé           | légèrement<br>aidé       | modérément<br>aidé       | Nettement<br>aidé        | beaucoup<br>aidé         |
| <input type="checkbox"/> |

3. Souvenez-vous des situations dans lesquelles vous aviez le plus envie d'entendre mieux. Quand vous utilisez maintenant votre appareillage auditif, avez-vous ENCORE des difficultés ?

|                            |                          |                             |                           |                          |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| beaucoup de<br>difficultés | de nettes<br>difficultés | des difficultés<br>modérées | de légères<br>difficultés | aucune<br>difficulté     |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

4. Tout compte fait, pensez-vous que votre appareillage auditif actuel présente un intérêt?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| aucun<br>intérêt         | un léger<br>intérêt      | un intérêt<br>modéré     | un net<br>intérêt        | un grand<br>intérêt      |
| <input type="checkbox"/> |

5. Durant les deux dernières semaines, avec votre appareillage auditif actuel, à quel point vos difficultés auditives ont-elles gêné ou affecté les choses que vous pouvez faire?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| beaucoup<br>gêné         | nettement<br>gêné        | modérément<br>gêné       | légèrement<br>gêné       | pas du tout<br>gêné      |
| <input type="checkbox"/> |

6. Durant les deux dernières semaines, avec votre appareillage auditif actuel, à quel point pensez-vous que vos difficultés auditives ont ennuyé les autres?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| beaucoup<br>ennuyé       | nettement<br>ennuyé      | modérément<br>ennuyé     | légèrement<br>ennuyé     | pas du tout<br>ennuyé    |
| <input type="checkbox"/> |

7. Tout compte fait, votre vie et ses plaisirs ont-ils changé depuis votre appareillage auditif ?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| pire<br>qu'avant         | pas de<br>changement     | légèrement<br>mieux      | nettement<br>mieux       | beaucoup<br>mieux        |
| <input type="checkbox"/> |

French Version