



PROTOCOLLO PER LA DIAGNOSI E LA TERAPIA DI ACUFENI, IPERACUSIA,
DISTURBI DELL'UDITO E DELL'EQUILIBRIO
Sec. The Tinnitus Retraining Therapy Association by Pawel J. Jastreboff

QUESTIONARIO ANAMNESTICO AUDIOLOGICO

Cognome e nome _____ Età : _____ Data _____

Professione : _____ Indirizzo _____ Tel. _____

Medico curante, Dott. : _____ Indirizzo _____ Tel. _____

ANAMNESI GENERALE

Anamnesi familiare:

Incidenti vascolari (ictus, infarti..) : _____

Malattie genetiche : _____

Altro (diabete, ipertensione...) : _____

Anamnesi generale patologica (indicare le patologie da cui si è/ è stati affetti) :

Malattie infettive : _____

Patologie cardiovascolari/ematologiche /ipertensione : _____

Patologie respiratorie: _____

Patologie gastroenterologiche : _____

Patologie ormonali/endocrinologiche/dismetaboliche (diabete/ipo-ipertiroidismo...): _____

Patologie ortopediche/traumi: _____

Patologie odontostomatologiche o dell'art. temporo-mandibolare : _____

Allergie: _____

Anamnesi Farmacologica - Profilo farmaco terapeutico attuale (indicare i farmaci assunti abitualmente) : _____

Anamnesi neurologica - profilo psicologico :

Malattie neurologiche (ha mai effettuato visite neurologiche ?) NO __ SI __

Se SI , indicare quali o per quale motivo : _____

Ha spesso pensieri negativi ? NO __ SI__ Si sente irrequieto, irritabile ? NO __ SI__

Si sente preoccupato ? NO __ SI__ Si ritiene depresso ? NO __ SI__

Si ritiene ansioso ? NO __ SI__ Soffre di cefalea/emicrania NO __ SI__

Ha mai sofferto di depressione/ansietà prima dell'insorgenza dell'acufene o dell'iperacusia? NO__ SI__

ANAMNESI SPECIALISTICA

ANAMNESI OTORINOLARINGOIATRICA RINO/LARINGOLOGICA : _____

Terapie effettuate per patologie Otorinolaringoiatriche : _____

ANAMNESI AUDIOLOGICA / OTOLOGICA : ha una Anamnesi positiva per :

infezioni ripetute o interventi alle orecchie NO __ SI __

traumi cranici NO __ SI __

familiarità per : sordità __ acufeni __ intolleranza ai rumori forti __ vertigini __

PERDITA DI UDITO, IPOACUSIA, SORDITA'

Lamenta perdita di udito ? NO __ SI __ : DX __ SIN __ BILATERALE __

La sua perdita di udito :

le crea problemi di comunicazione : NO __ SI __

le rende difficile l'ascolto di radio o televisione ad un volume normale : NO __ SI __

conosce la causa della sua perdita di udito ? NO __ SI __

se SI specifichi la causa : _____:

data d'inizio (anche approssimativa) della perdita di udito : _____

la sua perdita di udito è : stabile __ ingravescente __ fluttuante __

la sua perdita di udito è accompagnata da : acufeni __ vertigini __

esiste qualche correlazione tra perdita di udito, acufeni e vertigini ? NO __ SI __

se SI di che tipo ? _____

ha mai usato o provato protesi acustiche ? NO __ SI __

VERTIGINI, DISTURBI DELL'EQUILIBRIO

Ha mai avuto episodi di labirintite ? NO __ SI __ Presenta familiarità per cefalee emicraniche ? NO __ SI __

Lamenta vertigini o disturbi dell'equilibrio ? NO __ SI __ Sono vertigini violente, rotatorie, a crisi ? NO __ SI __

se SI , con che frequenza nell'ultimo anno? : _____

e negli anni passati ? _____

Sono piuttosto vertigini sfumate, instabilità, mancanza di equilibrio? NO __ SI __

se SI, sono costanti (NO SI) o episodiche (NO SI) e in tal caso :

con che frequenza nell'ultimo anno ? : _____

e negli anni passati ? : _____

Conosce la causa della sua perdita di equilibrio o delle sue vertigini ? NO __ SI __

se SI specifichi la causa : _____

esiste qualche correlazione tra vertigini perdita di udito e acufeni ? NO __ SI __

se SI di che tipo ? _____

Ha mai lavorato in ambienti rumorosi ?

No ___ Si ___

Se Si , descriva il tipo di lavoro e la durata dell'esposizione (giornaliera e complessiva negli anni) :

In ambito lavorativo viene/veniva sottoposto a controlli dell'udito ?

No ___ Si ___

E' mai stato esposto a suoni o rumori intensi per motivi non lavorativi ? No ___ Si ___

Se Si , descriva il tipo di lavoro e la durata dell'esposizione :

VALUTAZIONE COMPLESSIVA ATTUALE

Quantificazione dei problemi : 0:non è un problema 10 : problema al massimo grado, insopportabile

Vertigini, disturbi dell'equilibrio:	0.....5.....10
Ipoacusia, riduzione di udito:	0.....5.....10
Acufeni:	0.....5.....10
Iperacusia, Intolleranza ai suoni:	0.....5.....10

STORICO

Accertamenti effettuati in precedenza relativi a Vertigini, Ipoacusia, Acufeni, Iperacusia (intolleranza ai suoni) :

Esami audiometrici : _____

Impedenzometrie : _____

Potenziali evocati acustici : _____

Esami vestibolari : _____

Vemps : _____

TAC : _____

RMN : _____

Altri esami : _____

Trattamenti effettuati in precedenza relativi a Vertigini, Ipoacusia, Acufeni, Iperacusia (intolleranza ai suoni) :
