

**Scuola Europea per la Ricerca Interdisciplinare sull’Acufene – Questionario Di Monitoraggio (ESIT-SQ)**

Il questionario è suddiviso in due sezioni.

Nella sezione A, poniamo domande relative ad alcune caratteristiche personali, come età, altezza, stili di vita ed eventuali patologie. Chiunque può completare la sezione A, anche chi non avesse mai sofferto di acufene. Il tempo stimato per completare questa sezione è di 5 minuti.

Nel caso lei abbia sofferto di acufene nell'ultimo anno, le saranno poste alcune ulteriori domande relative all'acufene, sezione B. Il tempo totale stimato per completare la sezione B è compreso tra i 5 e i 10 minuti, a seconda delle sue risposte.

|  |
| --- |
| **SEZIONE A. CARATTERISTICHE INDIVIDUALI** |
| La preghiamo di indicare per ciascuna delle domande seguenti, la risposta che meglio descrive lei e le sue esperienze. Per alcune domande è possibile selezionare più di una opzione. |
| A1  | Età (in anni) |
|  | \_ \_ |
| A2 | Sesso (alla nascita): |
|  | ☐ Maschio ☐ Femmina ☐ Intersessuale ☐ Preferisce non rispondere |
| A3 | Quanto è alto? |
|  | \_ \_ \_ cm  |
| A4 | Quanto pesa? |
|  | \_ \_ \_ kg  |
| A5 | Qual è il suo titolo di studio? |
|  | ☐ Nessun titolo di studio☐ Licenza elementare☐ Licenza media inferiore☐ Licenza di media superiore☐ Laurea o specializzazione post-laurea |
| A6 | Quante bevande alcoliche consuma, in media, in una settimana? |
|  | Una bevanda equivale un bicchiere di vino da 125 ml, 330 ml di birra o 40 ml di superalcolici |
|  | \_ \_ |
| A7 | Quale delle seguenti opzioni descrive meglio la sua abitudine al fumo? |
|  | ☐ Non ho mai fumato ☐ Sono un fumatore ☐ Sono un ex-fumatore |
| A8 | Quanti, tra i suoi parenti di primo grado (genitori, figli o fratelli/sorelle) soffrono di acufene o di perdita dell'udito? |
|  | Precisare il numero accanto ad ogni categoria. |
|  | \_\_ Padre \_\_ Madre \_\_ Fratelli \_\_ Sorelle\_\_ Figli \_\_ Figlie |
| A9 | Ha mai sofferto di vertigini (sensazione di capogiro o perdita di equilibrio)? |
|  | ☐ Mai ☐ Si, meno di una volta all'anno☐ Si, almeno una volta all'anno  |
| A10 | Le è mai stata diagnosticata un'altra patologia del sistema uditivo?  |
|  | E' possibile selezionare più di una opzione. |
|  | ☐ Trauma acustico (causato da rumori forti) ☐ Barotrauma dell'orecchio (causato da improvvisi sbalzi di pressione atmosferica)☐ Presbiacusia (invecchiamento dell'orecchio)☐ Improvvisa perdita dell'udito☐ Altra perdita dell'udito☐ Sindrome di Meniere☐ Neuroma acustico (tumore al nervo acustico)☐ Otite acuta (infiammazione dell'orecchio)☐ Otite sierosa o disfunzione della tromba di Eustachio☐ Otite cronica (perforazione del timpano, colesteatoma) ☐ Otosclerosi (ridotta mobilità degli ossicini uditivi)☐ Altre patologie uditive (specificare quali) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Nessuna patologia |
| A11 | Hai mai subito uno o più dei seguenti trattamenti medici?  |
|  | E' possibile selezionare più di una opzione. |
|  | ☐ Chirurgia dell'orecchio ☐ Chirurgia odontoiatrica☐ Neurochirurgia☐ Rachicentesi (puntura lombare)☐ Chemioterapia ☐ Radioterapia al collo o alla testa☐ Terapia elettroconvulsiva☐ Altro trattamento (specificare quale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Nessuno dei trattamenti indicati sopra |
| A12 | Nel corso dell'ultima settimana, le sembra che i rumori esterni abbiano rappresentato un problema, nel senso che li ha percepiti come forti o fastidiosi, mentre gli stessi suoni apparivano normali alle persone intorno a lei? Nota: per rumori esterni ci riferiamo a suoni non legati all'acufene, per esempio, rumori provenienti dall'ambiente, brusìi o musica |
|  | ☐ No, i rumori non sono stati un problema ☐ Si, hanno rappresentato un problema di modesta entità☐ Si, hanno rappresentato un problema di seria entità☐ Si, hanno rappresentato un problema di entità molto seria☐ Sì, hanno rappresentato un fortissimo disagio per me |
| A13 | Ha attualmente qualche altro disturbo di udito, come ad esempio difficoltà ad ascoltare chi parla in un ambiente rumoroso? |
|  | ☐ Sì, non sento niente☐ Sì, una notevole difficoltà ☐ Sì, una media difficoltà☐ Sì, una lieve difficoltà☐ Nessuna difficoltà☐ Non so |
| A14 | Fa uso di uno o più dei seguenti dispositivi?  |
|  | E' possibile selezionare più di una opzione. |
|  | ☐ Apparecchio acustico ☐ Impianto cocleare☐ Generatore di suoni☐ Combinazione di dispositivi (apparecchio acustico e generatore di suono nello stesso apparecchio)☐ Nessun dispositivo |
| A15 | Soffre di una o più delle seguenti sindromi dolorose?  |
|  | E' possibile selezionare più di una opzione. |
|  | ☐ Mal di testa☐ Dolore al collo☐ Dolore all'orecchio☐ Dolore alle articolazioni temporo-mandibolari☐ Dolore al volto☐ Altro, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Nessuna |
| A16 | Le sono mai state diagnosticate una o più delle seguenti patologie?  |
|  | E' possibile selezionare più di una opzione. |
|  | **Patologie orali:** ☐ Disfunzione delle articolazioni temporo-mandibolari☐ Problemi odontoiatrici**Patologie neurologiche:** ☐ Meningite☐ Sclerosi multipla☐ Epilessia ☐ Ictus ☐ Altre patologie cerebrovascolari☐ Demenza ☐ Altre patologie neurologiche**Patologie psichiatriche o psicologiche:** ☐ Ansia ☐ Depressione ☐ Trauma emotivo☐ Stress eccessivo **Disturbi del sonno:** ☐ Difficoltà ad addormentarsi☐ Difficoltà a rimanere addormentato/a**Patologie cardiovascolari:** ☐ Pressione bassa☐ Pressione alta☐ Infarto miocardico (attacco di cuore) **Patologie del sistema endocrino e metabolico** ☐ Disfunzioni tiroidee ☐ Diabete ☐ Iperinsulinemia ☐ Colesterolo alto **Patologie reumatologiche e immunomediate:** ☐ Artrite reumatoide ☐ Lupus eritematoso sistemico**Patologie otorinolaringoiatriche:**☐ Sinusite cronica☐ Setto nasale deviato**Patologie infettive:** ☐ Sifilide☐ HIV ☐ Malattia di Lyme (borreliosi) **Altre patologie:** ☐ Anemia☐ Instabilità o altri disturbi dell'equilibrio☐ Reflusso acido/gastroesofageo☐ Bolo isterico☐ Altro, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Nessuna patologia  |
| A17 | L’acufene, o tinnito, si riferisce ad una percezione di suoni in testa o nelle orecchie (come fischi o ronzii) in assenza di stimoli esterni. Nel corso dell’ultimo anno, ha mai avvertito tale sensazione nella testa, in una o entrambe le orecchie per più di 5 minuti? |
|  | ☐ Sì, quasi sempre o sempre ☐ Sì, buona parte del tempo☐ Sì, qualche volta☐ No, non nell’ultimo anno☐ No, mai☐ Non so |
| Grazie per aver completato la sezione A. Se ha risposto "Si" alla domanda A17, per favore proceda alla sezione B. Se ha risposto "No" oppure "Non so" alla domanda A17, può considerare completato il questionario. Grazie per aver partecipato a questo studio. |
|  |
| **SEZIONE B. CARATTERISTICHE DELL'ACUFENE** |
| La ringraziamo per aver completato la sezione A. La preghiamo di indicare, per le domande seguenti, la risposta che meglio descrive il suo acufene e la relazione del suo acufene con altre patologie. In alcuni casi, è possibile selezionare più di una opzione.  |
| B1 | Quanto spesso soffre di acufene in media? |
|  | ☐ Ogni giorno o quasi ogni giorno☐ Circa una volta alla settimana☐ Circa una volta al mese☐ Una volta nel corso di più mesi☐ Una volta all'anno |
| B2 | Quale tra le seguenti opzioni descrive meglio l'andamento del suo acufene nel corso di una giornata? |
|  | ☐ Costante: lo avverto sempre o abitualmente in una stanza silenziosa ☐ Intermittente: "va e viene", non lo sento sempre in una stanza silenziosa |
| B3 | Quando è iniziato il suo acufene? |
|  | \_ \_ mesi \_ \_ anni☐ Non so  |
| B4 | Nel corso dell’ultimo anno, quanto il suo acufene la preoccupa, infastidisce o disturba, quando è al suo peggio? |
|  | ☐ Fortemente ☐ Abbastanza☐ Leggermente ☐ Per niente☐ Non soSe ha risposto "Per niente" oppure "Non so", per favore proceda alla domanda B6.  |
| B5 | Quanto tempo fa l'acufene ha iniziato a darle fastidio? |
|  | \_ \_ mesi \_ \_ anni☐ Non so |
| B6 | In genere, i pazienti che soffrono di acufene lo percepiscono come un solo tipo di suono, ma alcuni sentono suoni diversi. Il suo acufene si manifesta con un solo tipo di suono, o con suoni differenti? |
|  | ☐ Un suono ☐ Più di un tipo di suoni diversi |
|  | Nel caso in cui lei percepisca più di un solo tipo di suono, per favore si riferisca nelle prossime domande al tipo di acufene che le da più fastidio. |
| B7 | Come è iniziato il suo acufene? |
|  | ☐ Gradualmente ☐ All'improvviso ☐ Non so |
| B8 | Se ha riferito una delle patologie/interventi di cui sopra, alle domande A9, A10, A11, A12, A13, A15 o A16, la preghiamo di riportarle qui, e di scrivere accanto a ciascuna se si sono manifestate PRIMA, DOPO o ALL'INCIRCA NELLO STESSO PERIODO dell'insorgenza dell'acufene. |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| B9 | Indichi se l'insorgere dell'acufene è stato legato a uno degli eventi seguenti (è possibile selezionare più di una opzione): |
|  | ☐ Esposizione a suoni forti☐ Cambiamento nella percezione uditiva☐ Cambiamento di pressione ambientale (per esempio durante un volo in aereo o durante un'immersione subaquea)☐ Influenza, raffreddore o altra infezione☐ Sensazione di orecchie tappate (aumentata pressione auricolare con ovattamento dei suoni) ☐ Stress ☐ Trauma cranico☐ Trauma al collo (per esempio, colpo di frusta)☐ Altro, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ Nessuno |
| B10 | Nel periodo in cui si è manifestato per la prima volta l'acufene, stava assumendo uno o più dei farmaci elencati?  |
|  | E' possibile selezionare più di una opzione. |
|  | ☐ Aspirina☐ Antidolorifici, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Steoroidi orali, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Antibiotici, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Antidepressivi, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Chinino (per dolori muscolari o malaria)☐ Diuretici, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Altri farmaci, specificare quali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Nessuno☐ Non so |
| B11 | Crede che una o più delle condizioni mediche elencate sopra, o altre, siano legate all'insorgenza del suo acufene? |
|  | Può riportare 3 delle condizioni sopra elencate. Per favore, scelga quelle più rilevanti. |
|  | ☐ No ☐ Sì, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| B12 | L'intensità del suo acufene è stabile, o varia durante la giornata? |
|  | ☐ Stabile ☐ Varia ogni tanto☐ Varia continuamente☐ Non so |
| B13 | Che suono produce il suo acufene? |
|  | ☐ Tonale☐ Come un rumore☐ Musicale☐ Come dei grilli ☐ Altro, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| B14 | La preghiamo di descrivere l'altezza del suono del suo acufene: |
|  | ☐ Alto☐ Medio☐ Basso☐ Non so |
| B15 | Dove percepisce l'acufene? |
|  | ☐ Orecchio destro☐ Orecchio sinistro☐ Entrambe le orecchie, ma più intensamente nel destro☐ Entrambe le orecchie, ma più intensamente nel sinistro☐ Entrambe le orecchie, con la stessa intensità☐ Dentro la testa☐ Altro, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Non so |
| B16 | Descriverebbe il Suo acufene come un suono ritmico? |
|  | ☐ No☐ Si, segue il battito cardiaco (questo si può verificare prendendo il battito cardiaco nel momento in cui si manifesta l'acufene)☐ Si, segue il ritmo respiratorio☐ Si, segue il movimento di testa, collo, mandibola o muscoli facciali☐ Altro, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| B17 | E' mai capitato che un medico sentisse il suo acufene? |
|  | ☐ Si ☐ No |
| B18 | Il suo acufene è ridotto da uno o più dei seguenti fattori? (E' possibile selezionare più di una opzione) | B19 | Il suo acufene è accresciuto da uno o più dei seguenti fattori? (E' possibile selezionare più di una opzione) |
|  | ☐ Ambiente molto silenzioso☐ Suoni a bassa intensità☐ Suoni ad alta intensità☐ Movimenti della testa☐ Stringere i denti o muovere la mandibola ☐ Fare pressione su testa, collo, o area intorno all'orecchio ☐ Fare un sonnellino☐ Buona qualità del sonno☐ Guidare ☐ Essere stressato o ansioso☐ Essere rilassato☐ Bere alcolici☐ Bere caffè☐ Medicinali ☐ Utilizzare supporti acustici☐ Altro. Per favore, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Nessuno |  | ☐ Ambiente molto silenzioso☐ Suoni a bassa intensità☐ Suoni ad alta intensità☐ Movimenti della testa☐ Stringere i denti o muovere la mandibola ☐ Fare pressione su testa, collo, o area intorno all'orecchio ☐ Fare un sonnellino☐ Fare un sonno ristoratore☐ Guidare ☐ Essere stressato o ansioso☐ Essere rilassato☐ Bere alcolici☐ Bere caffè☐ Medicinali ☐ Utilizzare supporti acustici☐ Altro. Per favore, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Nessuno |
| B20 | Nel corso dell’ultimo anno, si è rivolto al suo medico di famiglia, o a un professionista sanitario presso una clinica o un ospedale, per i problemi legati a questi suoni in testa o nelle orecchie? |
|  | ☐ Sì, per un totale di 5 o più visite ☐ Sì, per un totale di 2-4 visite ☐ Sì, solo una volta☐ No, mai☐ Non so  |
| B21 | In questo momento, sta ricevendo uno o più dei seguenti trattamenti/terapie per l'acufene? |
|  | E' possibile selezionare più di una opzione. |
|  | ☐ Trattamento psichiatrico☐ Trattamento psicologico☐ Trattamento audiologico☐ Fisioterapia☐ Auto-trattamento (e.g. integratori alimentari, gruppi di supporto, tecniche di rilassamento)☐ Altro. Per favore specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Nessun trattamento |
| B22 | Ritiene che una delle condizioni mediche elencate sopra possa essere legata a periodi di intensificazione dell'acufene? |
|  | Può riportare 3 delle condizioni sopra elencate. Per favore, scelga quelle più rilevanti. |
|  | ☐ No☐ Si, Per favore, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Grazie per aver partecipato a questo sondaggio. |