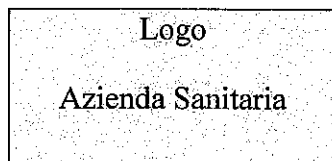


REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_



Assessorato della Salute

**"QUESTIONARIO DISAGIO SOGGETTIVO IPOACUSIA"**

**Azienda Sanitaria**

Distretto Sanitario di .....

Ambulatorio di Audiologia

Pratica n: .....

Assistito/a : _____	Codice fiscale _____
nato /a : _____	Il _____
Residente a _____	Via _____ ASP di residenza _____

	SI	qualche volta	NO
1. La riduzione di udito le provoca difficoltà nella vita di tutti i giorni ?	0	0	0
2. Interferisce nel suo lavoro o nei lavori domestici ?	0	0	0
3. Le provoca nervosismo nelle relazioni con i parenti ?	0	0	0
4. Ostacola le sue attività sociali ?	0	0	0
5. Trova difficoltoso focalizzare l'attenzione ?	0	0	0
6. Si sente stanco o depresso a causa della riduzione di udito ?	0	0	0
7. Il suo problema di udito la rende infelice ?	0	0	0
8. La riduzione dell'udito le provoca ansia ?	0	0	0

Si assegnano due punti alla risposta SI, un punto alla risposta qualche volta, zero alla risposta NO.  
Viene considerato grave disagio e conferma all'indicazione alla protesizzazione un punteggio uguale o superiore a 15.

