



Clinique de la voix AZ DELTA
Questionnaire de l'incapacité à éructer

En complétant ce questionnaire, j'autorise la responsable de la clinique de la voix (Dr. Delsupehe) et les autorités à utiliser ces informations pour des objectifs de recherche. **Mes données médicales seront traitées de façon strictement confidentielle.** J'accepte la collecte, le traitement et l'utilisation de ces données médicales en fonction des cibles de recherche. J'accepte aussi que les données soient transférées et enregistrées dans d'autres pays que la Belgique. Je ne serai identifiable en aucune façon avec mon nom.

Nom: _____

Date: _____

Cher(e) patient(e),

A la clinique de la voix, nous prenons soin de nos patients et nous nous intéressent aux résultats à long terme de nos interventions. Pour réaliser cet objectif, nous apprécierons si vous trouvez le temps (=5 minutes) pour remplir ce questionnaire que vous trouverez ci-dessous. Le but de ce questionnaire est d'évaluer si vous avez un dysfonctionnement du sphincter œsophagien supérieur et si vous seriez un bon candidat pour recevoir de la toxine botulique. En remplissant ce questionnaire, vous gagnerez du temps en évitant une consultation pour déterminer si une procédure de toxine botulique vous serait bénéfique.

Merci beaucoup d'avance!

Nom: _____

Date de naissance: _____

Date: _____

Nom du médecin de famille: _____

Qui vous a parlé de la clinique de la voix? (Un copain/internet/l'hôpital/le thérapeute du chant/la télévision/l'assurance/la logopède/le journal/une réunion professionnelle/autres: _____)

Résumé du problème

1. **Quand et où avez-vous réalisé que vous n'êtes pas capable d'éructer?**

2. **Est-ce que vous ressentez un ballonnement abdominal? Si oui, expliquez s'il-vous-plaît:**

3. **Est-ce que vous avez des gargouillis? Si oui, expliquez s'il-vous-plaît:**



1. Avez-vous mal? Si oui, expliquez s'il-vous-plaît (la sévérité, la location, le type de douleur):

2. Quel est la cause principale selon vous?

3. Avez-vous des flatulences?

- Oui
 Non

4. Pensez-vous que vous ne vomissez pas comme les autres personnes?

5. Aviez-vous des difficultés a éructer dans l'enfance? Etant Enfant, aviez-vous des flatulences?

6. Avez-vous des reflux ?

- Oui
 Non

7. A quel point est-ce que cela impacte votre vie quotidienne? Quels sont les adaptations que vous avez dû faire pour votre vie sociale?

8. Quels étaient les diagnoses précédentes? Avez-vous déjà eu un traitement pour ce problème?

9. Estimez sur une échelle de 1 à 7 quel est le degré de sévérité de votre problème? (1 = pas sévère, 7 = très sévère)

1 2 3 4 5 6 7

10. Estimez sur une échelle de 1 à 7 à quel degré vous êtes motivé pour résoudre votre problème? (1 = faiblement, 7 = fortement)

1 2 3 4 5 6 7

14. Quelque chose à ajouter?



Informations additionnelles

15. Estimez sur une échelle de 1 à 7: Combien de temps est-ce que vous parlez? (en dehors du contexte professionnel) (1 = très peu, 7 = très sociale)

1 2 3 4 5 6 7

16. Estimez sur une échelle de 1 à 7 le volume/l'intensité de votre voix? (1 = très silencieux, 7 = très fort)

1 2 3 4 5 6 7

17. Est-ce que vous prenez d'autres mesures pour votre voix, p.ex., des exercices vocaux?

non

oui, c'est-à-dire: _____

18. Est-ce que vous avez suivi une formation en chant avec un coach vocal?

non, je n'ai jamais suivi une formation en chant avec un coach vocal

non, mais dans le passé, chez _____

oui, chez _____

Informations médicale

19. Marquez les choses qui sont applicables pour vous:

Infarct du myocarde/Insuffisance cardiaque/hypertension artérielle/ostéoarthrose/
polyarthrite rhumatoïde/Insuffisance rénale/la goutte/Reflux gastro-œsophagien/
diabète/AVC (une thrombose ou une embolie)/épilepsie/maladie cognitive/calculs
rénaux/phlébite (caillot de sang dans la jambe)/ostéoporose/allergie/une maladie
pulmonaire/le VIH/le sida/la tuberculose/l'asthme/Embolie pulmonaire (un caillot de sang
aux poumons)/alcoolisme/Insuffisance hépatique/Hépatite/Troubles thyroïdiens/anémie/
cancer/Ulcère/Trauma sévère (expliquez en détail s'il-vous-
plaît:)

Aucune (cochez cette case si vous n'avez aucun antécédent):

Autres:



Informations chirurgicales

20. Nommez les procédures que vous vous avez subi dans le passé:

L'opération	Le chirurgien	Date

Aucune (cochez cette case si vous n'avez jamais été opéré):

L'histoire familiale

21. Marquez les choses qui sont applicables pour vous:

L'infarct du myocarde/l'insuffisance cardiaque/la tension artérielle élevée/ l'AVC (une thrombose ou une embolie) /la toux chronique/la polyarthrite rhumatoïde/ la goutte /des troubles sanguins/asthme/des maladies cognitives/ l'insuffisance rénale ou des calculs rénaux/des problèmes de dos/ reflux gastro-œsophagien/l'alcoolisme/ l'épilepsie/ le diabète

Des troubles neurologiques: oui/non;

Expliquez: _____

Une maladie psychiatrique: oui/non;

Expliquez: _____

Un cancer: oui/non;

autres: _____

Pas applicable: (cochez cette case si vous n'avez pas d'antécédents familiaux):

22. Quelle sorte de médicaments est-ce que vous prenez?

Pas applicable: (cochez cette case si ce n'est pas applicable):

23. Avez-vous une allergie ou avez-vous des réactions bizarres avec certains médicaments?

non

oui, c'est-à-dire: _____

24. Avez-vous un testament en ligne?



Informations sociales

25. L'usage de la nicotine (marquez la réponse correcte):

- Jamais
- Régulière: ____ paquets par jour pour _____ années
- des cigarettes tabac à mâcher la pipe
- Dans le passé: ____ paquets par jour pour _____ années
- des cigarettes tabac à mâcher la pipe

26. L'usage d'alcool:

- Rien
- 1-3 verres par semaine
- 4-8 verres par semaine
- >8 verres par semaine

27. Autres:

- Des boissons qui contiennent de la caféine par jour: _____
- Nombre des tasses du café par jour: _____

28. Cochez les choses qui sont applicables pour vous:

Des lunettes/un changement visuel/ perte auditive/mal aux oreilles/mal aux dents/des problèmes à la gencive/le saignement du nez/mal à a tête régulière/le vertige/des blackouts/épilepsie/engourdissement ou fourmillement/un rythme cardiaque déviant/mal à la poitrine /douleurs chroniques/ polyarthrite rhumatoïde/ des spasmes des mollets en marchant/des mollets enflammés/l'intolérance au froid/un changement de poids récemment/perte d'appétit réente/des troubles de la déglutition/mal à l'estomac/la nausée ou vomissements/la fièvres ou des frissons/besoin fréquent d'uriner/des brûlures mictionnelles/des difficultés pour uriner/constipation régulière/des hémorroïdes/un eczéma /avoir froid ou chaud/des règles irrégulières/des spotting fréquemment/ nervosité/des ulcères/des brûlures d'estomac/un reflux/une inflammation à la gorge ou une angine/enrouement/des troubles respiratoires/ronflements/apnée du sommeil/ autres: _____

Aucune (cochez cette case si vous n'avez aucun symptômes):

Merci beaucoup pour votre coopération!!!