

ASSOCIATION SYNDROME DU NEZ VIDE FRANCE

(Association loi 1901 - N° d'identification : W751206397 – SIRET : 797 553 997 00025 – Code APE : 9499Z)



Adresse : 15 rue du Vieux Chêne – La Féole - 17400 Saint Pierre de Juillers
Site : <http://www.syndromedunezvide.net> – Email : contact@syndromedunezvide.net

QUESTIONNAIRE ANONYME - SYNDROME DU NEZ VIDE (SNV)

Ce questionnaire vise à aider, à définir vos symptômes et fournir de précieuses informations. Il a été élaboré à partir du vécu des patients atteints du SNV et a pour but, après analyse, de nous permettre d'intervenir auprès de la Haute Autorité de Santé qui réalise un travail sur le sujet (recommandations de bonnes pratiques professionnelles). Il est établi sur 2 pages.

Merci de nous le renvoyer, une fois complété, à l'adresse mail ou postale indiquée ci-dessus.

① - La première page concerne l'(les) intervention(s) que vous avez eu(es), impact, etc...

Il est important de mentionner le nom exact de l'intervention que vous avez eue.

② - La deuxième page concerne vos différents symptômes.

Évaluez les symptômes que vous rencontrez depuis que vous souffrez du SNV. Cela se fait en deux étapes :

1 - Pensez à la gravité de vos symptômes lorsque vous en souffrez.

Évaluez leur intensité en vous servant de la liste ci-dessous et pour chaque symptôme, entourez une case de 0 à 5.

Liste :

- 0 - Pas de problème
- 1 - Problème d'intensité supportable
- 2 - Problème d'intensité légère
- 3 - Problème d'intensité modérée
- 4 - Problème grave
- 5 - Problème extrêmement grave

2 - Dans la colonne 5X, mettez une croix en face des 5 symptômes les plus invalidants pour vous au quotidien.



Affiliée à la FFAAIR (Association loi 1901 déclarée à la préfecture de Paris le 23 novembre 1988).
Agréée sous le N° W751087988 (arrêté du 03/06/2012) représentant des usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique.

Sexe :

Année de naissance :

Situation familiale :

Nombre d'enfants à charge :

Motif de consultation avant la 1^{ère} intervention :

Dénomination exacte de la 1^{ère} opération :

Année de l'opération :

Avez-vous été informé sur le SNV avant l'opération : OUI NON

Dans quel type d'établissement avez-vous été opéré ? Hôpital Clinique Cabinet ORL en Ville

Au bout de combien de temps après l'intervention sont apparus les premiers symptômes ?

Année du diagnostic du SNV (diagnostic établi par un ORL) :

Quel est l'impact du SNV dans votre quotidien (cochez la ou les case(s) correspondante(s)) ?

Professionnel Social Amical Familial Couple Loisirs Tâches quotidiennes

Profession exercée avant le SNV :

Changement de profession lié au SNV : OUI NON Si oui, en quelle année :

Cessation d'activité professionnelle : OUI NON Si oui, en quelle année :

Avez-vous eu d'autres interventions en lien avec le SNV : OUI NON

Si oui, combien :

Précisez en quelle(s) année(s) et dénomination(s) de l'(les) intervention(s) :

- ...

- ...

DESCRIPTION DES SYMPTOMES	Note de 0 à 5					5 X	DESCRIPTION DES SYMPTOMES	Note de 0 à 5					5 X
Nez sec / Gorge sèche / Brûlures	0	1	2	3	4	5							
Croûtes nasales	0	1	2	3	4	5	Sensation de mauvaises odeurs	0	1	2	3	4	5
Sensation de nez bouché	0	1	2	3	4	5	Diminution de l'odorat	0	1	2	3	4	5
Besoin de se moucher sans pouvoir le faire	0	1	2	3	4	5	Perte de l'odorat	0	1	2	3	4	5
Difficulté à respirer par le nez	0	1	2	3	4	5	Intolérance aux odeurs irritantes / Fumées	0	1	2	3	4	5
Sensibilité à l'air froid à l'inspiration	0	1	2	3	4	5	Autres à préciser : ...	0	1	2	3	4	5
Essoufflement (au moindre effort)	0	1	2	3	4	5							
Sentiment d'étouffer, de manquer d'air	0	1	2	3	4	5	Troubles du goût						
Écoulement postérieur de mucus (arrière-gorge)	0	1	2	3	4	5	Modification du goût	0	1	2	3	4	5
Difficultés à déglutir	0	1	2	3	4	5	Diminution du goût	0	1	2	3	4	5
Sensation de vide dans le nez	0	1	2	3	4	5	Perte du goût	0	1	2	3	4	5
Eternuements intempestifs	0	1	2	3	4	5	Autres à préciser : ...	0	1	2	3	4	5
Modification de la voix	0	1	2	3	4	5							
Maux de tête sévères	0	1	2	3	4	5	Troubles du sommeil						
Douleurs faciales et internes / Tiraillements internes / Pressions	0	1	2	3	4	5	Manque de sommeil / Réveils fréquents	0	1	2	3	4	5
Douleurs internes au niveau des yeux	0	1	2	3	4	5	Difficulté à s'endormir	0	1	2	3	4	5
Douleurs internes au niveau des oreilles	0	1	2	3	4	5	Cauchemars	0	1	2	3	4	5
Perte d'équilibre / Vertiges / Malaises	0	1	2	3	4	5	Sommeil non réparateur	0	1	2	3	4	5
Douleurs type brûlures aux poumons	0	1	2	3	4	5	Autres à préciser : ...	0	1	2	3	4	5
Intolérance aux bruits	0	1	2	3	4	5							
Agression par le vent / Courants d'air	0	1	2	3	4	5							
Agression par la sécheresse ambiante / Climatation / Chauffage	0	1	2	3	4	5							
Sensibilité aux variations de température	0	1	2	3	4	5							
Sensibilité aux variations de pression atmosphérique / Altitude	0	1	2	3	4	5							
Fatigue - Etat d'épuisement	0	1	2	3	4	5							
Manque de concentration / Perte de mémoire	0	1	2	3	4	5							
Baisse de la productivité / de la rapidité d'action au quotidien	0	1	2	3	4	5							
Infection / Inflammation nasosinusienne	0	1	2	3	4	5							
Etat fébrile	0	1	2	3	4	5							
Agitation / Irritabilité	0	1	2	3	4	5							
Difficulté à dormir allongé	0	1	2	3	4	5							

SCORE TOTAL : /225

L'évaluation du questionnaire doit être utilisée comme un guide et non comme le diagnostic d'un médecin.

Autres remarques que vous souhaitez apporter (3 lignes maximum) :

.....
.....
.....