

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 : <https://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 des différentes instances ou organismes de santé qui réalisent un travail sur le sujet.

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		Troubles de l'odorat							
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							
Ecoulement 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 / Climatisation / 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) :

.....

.....

.....