

Punteggio	4	2	0
Trova difficoltoso focalizzare l'attenzione su qualcosa che non sia l'acufene?	SI	Qualche volta	No
L'Intensità dell'acufene le provoca difficoltà nel comprendere le parole?	SI	Qualche volta	No
L'acufene la rende infelice?	SI	Qualche volta	No
L'acufene la fa sentire confuso/a?	SI	Qualche volta	No
È disperato/a per il suo acufene?	SI	Qualche volta	No
Si lamenta molto per il suo acufene?	SI	Qualche volta	No
Ha problemi ad addormentarsi la notte a causa del suo acufene?	SI	Qualche volta	No
Ha la sensazione che non potrà liberarsi dal suo acufene?	SI	Qualche volta	No
L'acufene interferisce con le sue attività sociali?	SI	Qualche volta	No
Si sente frustrato/a dal suo acufene?	SI	Qualche volta	No
Crede che l'acufene le provochi un terribile disagio?	SI	Qualche volta	No
L'acufene le crea difficoltà nella vita di tutti i giorni?	SI	Qualche volta	No
L'acufene interferisce nel suo lavoro o nei lavori domestici?	SI	Qualche volta	No
Crede di essere spesso irritabile a causa del suo acufene?	SI	Qualche volta	No
L'acufene le crea difficoltà a leggere?	SI	Qualche volta	No
La sconvolge il suo acufene?	SI	Qualche volta	No
Crede che l'acufene provochi stress nelle relazioni con amici e parenti?	SI	Qualche volta	No
Trova difficoltoso focalizzare l'attenzione su qualcosa che non sia l'acufene?	SI	Qualche volta	No
Le sembra di non avere il controllo del suo acufene?	SI	Qualche volta	No
Si sente stanco/a a causa del suo acufene?	SI	Qualche volta	No
Si sente depresso/a a causa del suo acufene?	SI	Qualche volta	No
L'acufene le provoca ansia?	SI	Qualche volta	No
Sente di non poter convivere ancora a lungo con il suo acufene?	SI	Qualche volta	No
L'acufene peggiora quando lei è sotto stress?	SI	Qualche volta	No
L'acufene le provoca insicurezza?	SI	Qualche volta	No
TOTALE			