

Dizziness Handicap Inventory (DHI) (Français)

Source: Version français non-validé.

Jacobson GP, Newman CW. The development of the Dizziness Handicap Inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1990;116(4):424-7. Epub 1990/04/01. PubMed PMID: 2317323.

Instructions:

Ce questionnaire est conçu pour vous aider à comprendre les problèmes que vous pourriez avoir en raison de vos vertiges ou de vos problèmes d'équilibre. Veuillez répondre à chaque question par «oui», «non» ou «parfois». Répondez à chaque question uniquement en rapport avec vos étourdissements, vertiges ou votre problème d'équilibre.

	Questions	Oui 4	Parfois 2	Non 0
P1	Est-ce que votre problème s'aggrave quand vous regardez vers le haut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Vous sentez-vous frustré(e) par votre problème ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Limitez-vous vos voyages professionnels ou vos vacances à cause de votre problème ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4	Est-ce que votre problème s'aggrave quand vous marchez dans l'allée au supermarché ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Est-ce que vous avez de la difficulté à vous coucher ou à vous relever du lit à cause de votre problème ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6	Est-ce que votre problème vous oblige à limiter sérieusement votre participation à des activités sociales, comme des sorties au restaurant ou au cinéma, aller à un concert ou danser et faire la fête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7	Avez-vous de la difficulté à lire à cause de votre problème ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P8	Est-ce que votre problème s'aggrave quand vous entreprenez des activités relativement intenses telles que sports, danse, ou tâches ménagères comme balayer ou ranger la vaisselle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E9	À cause de votre problème, avez-vous peur de sortir de chez vous sans être accompagné(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E10	Vous êtes-vous déjà trouvé(e) dans une situation embarrassante en présence d'autres personnes à cause de votre problème ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P11	Est-ce que votre problème s'aggrave quand vous bougez rapidement la tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Questions	Oui 4	Parfois 2	Non 0
F12	Évitez-vous les hauteurs à cause de votre problème ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P13	Est-ce que votre problème s'aggrave quand vous vous tournez dans votre lit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F14	À cause de votre problème, est-ce que vous trouvez difficile de faire des travaux d'entretien dans la maison et/ou entretenir ses abords ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E15	À cause de votre problème, craignez-vous que les gens pensent que vous avez consommé de l'alcool ou de la drogue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F16	À cause de votre problème, trouvez-vous difficile d'aller faire une promenade seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P17	Est-ce que votre problème s'aggrave quand vous marchez sur le trottoir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E18	À cause de votre problème, avez-vous de la difficulté à vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F19	À cause de votre problème, avez-vous de la difficulté à marcher dans l'obscurité à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E20	À cause de votre problème, avez-vous peur de rester seul(e) à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E21	Vous sentez-vous handicapé(e) ou limité(e) à cause de votre problème ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E22	Est-ce que votre problème rend plus difficiles vos relations avec votre famille ou vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E23	Vous sentez-vous déprimé(e) à cause de votre problème ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F24	Est-ce que votre problème nuit à votre travail ou à vos responsabilités familiales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P25	Est-ce que votre problème s'aggrave quand vous vous penchez en avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Total			/100