

## Annexe VII : document d'anamnèse à destination des participants sourds

### Subject Information

Codage du participant : \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de passation : \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_

Sexe : Féminin / Masculin

Main dominante : Droite / Gauche

Nombre d'années d'étude (depuis la fin de la primaire) : \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ années

Type d'enseignement : Général / Inclusion / Intégration / Spécialisé

Nom de l'établissement primaire et langue utilisée pour les apprentissages :

Nom de l'établissement secondaire et langue utilisée pour les apprentissages :

Métier : \_\_\_\_\_

Dernier diplôme : \_\_\_\_\_

1. Avez-vous une surdité ? OUI / NON

➤ Bilatéral ou unilatéral (oreille gauche, oreille droite)

➤ Si oui : Depuis quand ? \_\_\_\_\_

➤ Si oui : Quelle est la cause de votre surdité ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➤ Si non : Avez-vous déjà présenté une perte auditive ? OUI / NON

○ Si oui : Depuis quand ne présentez-vous plus cette perte auditive et pourquoi ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Si vous avez ou avez déjà eu une perte auditive :

○ A quel âge avez-vous été diagnostiqué ?

## Subject Information

- 
- Votre surdité était-elle progressive ou brutale ?

- 
- Utilisez-vous ou avez-vous utilisé un appareil pour améliorer votre audition ?

OUI / NON

- Si oui : Quel type d'appareil ? Depuis quand l'utilisez-vous et combien d'heures par jour l'utilisez-vous ?

- 
- 
- Si non: Pourquoi? \_\_\_\_\_

3. Sans appareil, comment estimez-vous votre niveau d'audition ?

- 
4. Maintenant, comment estimez-vous votre niveau d'audition ?

- 
5. Avez-vous de la famille qui présente une perte auditive ? OUI / NON

- Si oui : Si oui, quel est votre degré de parentalité ? \_\_\_\_\_

- Si oui : Quel est leur niveau d'audition ? \_\_\_\_\_

6. En général, lisez-vous sur les lèvres et pourquoi ? OUI / NON

- 
7. Avez-vous déjà appris la langue des signes de Belgique francophone (LSFB) ? OUI / NON

- Si oui : A l'heure actuelle, pratiquez-vous encore la LSFB ? OUI / NON

Subject Information

- Si oui : A quelle fréquence ?

\_\_\_\_\_

- Si non: Pourquoi ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Si oui : Est-ce que c'est votre langue maternelle (1<sup>e</sup> langue apprise) ? OUI / NON

- Si non : A quel âge avez-vous appris la LSFB ?

\_\_\_\_\_

- Si non : Quelle est votre langue maternelle ? \_\_\_\_\_

- Si oui : A quelle fréquence pratiquez-vous la langue des signes ?

\_\_\_\_\_

8. Avez-vous déjà appris la dactylographie, c'est-à-dire l'alphabet manuel ? OUI / NON

- Si oui : Connaissez-vous encore la dactylographie ? OUI / NON

- Si oui : A quelle fréquence pratiquez-vous la dactylographie ? \_\_\_\_\_

- Si oui : Avez-vous d'abord appris cette alphabétisation ou celle en imprimé et pourquoi ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Avez-vous déjà appris le langage parlé complété (LPC) ? OUI / NON

- Si oui : A quel âge avez-vous appris le LPC ? \_\_\_\_\_

- Si oui : A l'heure actuelle, pratiquez-vous encore le LPC ? OUI / NON

- Si oui : A quelle fréquence et pourquoi ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Subject Information

- Si non: Pourquoi?

---

---

10. Que préférez-vous : l'alphabet manuel /la langue des signes de Belgique francophone

(LSFB) / la langue parlée / lisez les lèvres ?

11. Quelle langue pouvez-vous lire et quelle est la fréquence de lecture de cette langue ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

12. Comment estimez-vous votre niveau de français ? Cochez la réponse qui vous semble la plus adéquate :

- Faible
- Moyen
- Bon
- Excellent

13. Présentez-vous des troubles d'apprentissage ? OUI / NON

- Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

14. Présentez-vous des troubles vestibulaires ? OUI/NON

15. Utilisez-vous des lunettes ou des lentilles oculaires ? OUI/ NON

16. Accepteriez-vous d'être recontacté pour des études ultérieures ? OUI / NON

Merci !!!