

Name _____

Date _____

No. de dossier _____

Questionnaire : L'étourdissement

(Adapté de Longridge et al., 2002)

Indiquez votre niveau d'étourdissement dans les situations suivantes en marquant vos réponses sur les échelles ci-dessous.

0 indique que vous n'éprouvez pas d'étourdissement 

et 10 indique la sensation d'étourdissement le plus grave 

Marché dans une allée de supermarché



0

10



Être passager dans une voiture



0

10



Être sous des lumières fluorescentes



0

10



Regarder des voitures à une intersection



0

10



Se promener dans un centre d'achats



0

10



Descendre un escalier roulant



0

10



Voir un film au cinéma



0

10



Marcher sur un plancher qui comporte des motifs



0

10



Regarder une émission d'action à la télévision



0

10

