

IOI-HA - *International Outcome Inventory for Hearing Aids* (Cox, 2000)⁸

1- Pense no tempo em que você usou o(s) aparelhos(s) nas ultimas duas semanas. Durante quantas horas usou o aparelho auditivo num dia normal?

<i>não usou</i>	<i>menos que 1 hora por dia</i>	<i>entre 1 e 4 horas por dia</i>	<i>entre 4 e 8 horas por dia</i>	<i>mais que 8 horas por dia</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2- Pense em que situação gostaria de ouvir melhor, antes de obter o seu aparelho auditivo. Nas ultimas duas semanas, como o(s) aparelho(s) auditivo ajudou nessa mesma situação?

<i>não ajudou nada</i>	<i>ajudou pouco</i>	<i>ajudou moderadamente</i>	<i>ajudou bastante</i>	<i>ajudou muito</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3- Pense novamente na mesma situação em que gostaria de ouvir melhor, antes de obter o seu aparelho auditivo. Que grau de dificuldade AINDA encontra nessa mesma situação usando o aparelho de amplificação sonora individual?

<i>Muita dificuldade</i>	<i>Bastante dificuldade</i>	<i>Dificuldade moderada</i>	<i>Pouca dificuldade</i>	<i>Nenhuma dificuldade</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4- Considerando tudo, acha que vale a pena usar o aparelho auditivo?

<i>Não vale a pena</i>	<i>Vale pouco a pena</i>	<i>Vale moderadamente a pena</i>	<i>Vale bastante a pena</i>	<i>Vale muito a pena</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5- Pense nas ultimas duas semanas, usando o aparelho auditivo. Quanto os seus problemas de ouvir o afetaram nas suas atividades?

<i>Afetaram muito</i>	<i>Afetaram bastante</i>	<i>Afetaram moderadamente</i>	<i>Afetou pouco</i>	<i>Não afetaram</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6- Pense nas ultimas duas semanas, usando o aparelho auditivo. Quanto os seus problemas de ouvir aborreceram (ou afetaram) outras pessoas?

<i>Aborreceu muito</i>	<i>Aborreceu bastante</i>	<i>Aborreceu moderadamente</i>	<i>Aborreceu pouco</i>	<i>Não aborreceu</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7- Considerando tudo, como acha que o seu aparelho auditivo mudou a sua alegria de viver ou gozo na vida?

<i>Para pior ou menos alegria de viver</i>	<i>Não houve alteração</i>	<i>Um pouco mais alegria de viver</i>	<i>Bastante alegria de viver</i>	<i>Muito mais alegria de viver</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8- Quanta dificuldade auditiva você tem quando não esta usando a prótese auditiva?

<i>Severa</i>	<i>Moderadamente severa</i>	<i>Moderada</i>	<i>Leve</i>	<i>Nenhum</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>