



**Dr Nicola IORIO**

Medico chirurgo; Specialista in Audiologia ;  
Specialista in Otorinolaringoiatria e Patologia Cervico-Facciale  
Ex Direttore UOC ORL PO Aversa

## AUTOVALUTAZIONE DELLA DISFONIA DA PARTE DEL PAZIENTE

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

### Voice Handicap Index-10

		Mai: 0	Quasi Mai: 1	Qualche Volta: 2	Quasi Sempre:3	Sempre: 4
1	La mia voce rende difficile farmi sentire dalla gente					
2	La gente ha difficoltà a capirmi in una stanza rumorosa					
3	Le mie difficoltà vocali restringono la mia vita personale e sociale					
4	Mi sento escluso/a dalle conversazioni a causa della mia voce					
5	Il mio problema vocale mi causa perdita di entrate economiche					
6	Sento che devo fare sforzo per produrre la voce					
7	La chiarezza della mia voce è imprevedibile					
8	Il mio problema di voce mi sconvolge					
9	La mia voce mi fa sentire handicappato/a					
10	La gente mi chiede "cosa c'è che non va nella tua voce?"					
<b>Punteggio: _____</b>		<b>0</b>	<b>1-10</b>	<b>11-20</b>	<b>21-30</b>	<b>31-40</b>

<input type="checkbox"/> Nella Norma 0	<input type="checkbox"/> Alterazione Lieve 1 - 13	<input type="checkbox"/> Alterazione Moderata 14 - 27	<input type="checkbox"/> Alterazione Grave 28 - 40
---	--	--	---

### Autovalutazione della Disfonia Comparativa Pre/Post-Trattamento

	-2	-1	0	+1	+2
La fatica nel parlare è	<input type="checkbox"/> Molto Aumentata	<input type="checkbox"/> Leggermente Aumentata	<input type="checkbox"/> Invariata	<input type="checkbox"/> Leggermente Diminuita	<input type="checkbox"/> Molto Diminuita
La qualità della mia voce è	<input type="checkbox"/> Molto Peggiorata	<input type="checkbox"/> Leggermente Peggiorata	<input type="checkbox"/> Invariata	<input type="checkbox"/> Leggermente Migliorata	<input type="checkbox"/> Molto Migliorata

Firma del paziente \_\_\_\_\_