

DHI

Questionnaire d'auto-évaluation du handicap de la dysphagie

Nom

Prénom

Date

	J	PJ	P	PT	T
Je sens une gêne quand j'avale	-	-	-	-	-
D Les aliments restent collés ou bloqués dans ma gorge	-	-	-	-	-
O J'ai des difficultés à déglutir les liquides	-	-	-	-	-
M Je tousse ou racle ma gorge pendant ou après le repas	-	-	-	-	-
A Je m'étouffe en mangeant ou en buvant	-	-	-	-	-
I Je sens des remontées de liquides ou d'aliments après le repas	-	-	-	-	-
N J'ai du mal à mâcher	-	-	-	-	-
E Des aliments passent dans mon nez quand je bois ou quand je mange	-	-	-	-	-
Je bave quand je mange	-	-	-	-	-
S J'ai mal à la gorge quand j'avale	-	-	-	-	-
Mes difficultés pour avaler me rendent incapable de manger certains aliments	-	-	-	-	-
D J'ai besoin de modifier la consistance des aliments pour pouvoir les avaler	-	-	-	-	-
O avaler	-	-	-	-	-
M La durée des repas est allongée à cause de mes difficultés pour avaler	-	-	-	-	-
A Je mange moins à cause de mes problèmes de déglutition	-	-	-	-	-
I J'ai faim ou j'ai soif après le repas	-	-	-	-	-
N Je suis fatigué(e) à cause de mes difficultés pour avaler	-	-	-	-	-
E Je perds du poids à cause de mes difficultés pour avaler	-	-	-	-	-
J'ai peur de manger	-	-	-	-	-
F Je fais plus souvent des bronchites ou des infections pulmonaires depuis mes problèmes de déglutition	-	-	-	-	-
Je suis plus gêné(e) pour respirer depuis mes problèmes de déglutition	-	-	-	-	-
J'évite de manger avec les autres à cause de mes difficultés pour avaler	-	-	-	-	-
D Mes problèmes de déglutition limitent ma vie personnelle et sociale	-	-	-	-	-
O Je suis ennuyé(e) par la manière dont je mange au moment des repas	-	-	-	-	-
M Manger devient un moment désagréable à cause de mes difficultés pour avaler	-	-	-	-	-
A avaler	-	-	-	-	-
I Mes difficultés pour avaler me contrarient	-	-	-	-	-
N Je trouve que les autres ne comprennent pas mes problèmes de déglutition	-	-	-	-	-
E Les gens semblent irrités par mon problème de déglutition	-	-	-	-	-
Je suis tendu(e) quand je mange avec d'autres à cause de ma déglutition	-	-	-	-	-
E Je suis honteux (se) de mon problème de déglutition	-	-	-	-	-
Je me sens handicapé(e) à cause de mes difficultés pour avaler	-	-	-	-	-

J = jamais (0) / PJ = presque jamais(1) / P = parfois (2) / PT = presque toujours (3) / T = toujours (4)