Nom: No de dossier:

	Vertiges/Étourdissements			**Ci-dessous, cochez les symptômes que vous avez eu pendant votre crise de vertiges/étourdissements. Indiquez le côté lorsque pertinent (D/G/milieu de la tête)**						
Date	Type (ex: rotatoires, bateau, "saoul", perte équilibre, autre)	Durée de la crise (soyez spécifique : temps alité versus déséquilibre moins intense)	Facteurs provocants? (Environnement /diète/change-ment position)	Pression Oreille	Sillement/ Acouphène	Perte Auditive	Nausées /vomiss-ements	Mal de tête (avant, après, durant)	Intolér-ance bruits/ lumières	Vidéo des yeux fait?