

N° de dossier (s'il est connu)

Pour éviter tout retard, veuillez remplir ce formulaire au complet en caractères d'imprimerie à l'encre noire.

A. Renseignements sur le patient et l'employeur (le patient doit remplir cette section)

Nom de famille					Prénom					Init.				
Adresse (n°, rue, app.)														
Ville					Prov.	Code postal		Téléphone						
Date de naissance	jj	mm	aa	Date de l'accident	jj	mm	aa	Date de l'évaluation	jj	mm	aa	Sexe	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F
Si un retour au travail est envisagé, a-t-on communiqué avec l'employeur?											<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Nom de l'employeur					Nom du superviseur/contact									
Adresse (n°, rue, app.)														
Ville					Prov.	Code postal		Téléphone						

B. Facturation des professionnels de la santé ou fournisseurs de services

Nom du professionnel de la santé ou fournisseur de services (en caractères d'imprimerie)					Code de service			NIHLCOS		
Établissement					▼ Remplir ces champs si la TVH s'applique pour ce formulaire. ▼					
Adresse (n°, rue, app.)					N° d'inscription à la TVH		Code de service		Montant de TVH facturé	
Ville					ONHTS				\$	
					N° de fournisseur à la CSPAAAT					
					Votre numéro de facture					
Prov.	Code postal		Téléphone		Poste		Télécopieur			

C. Résultats (COSI^{MD} - Échelle d'amélioration axée sur le client)

COSI^{MD} oui **(veuillez joindre)** non **(veuillez expliquer)**

Si non, expliquez pourquoi

A.	Degré de changement Totaux de la colonne COSI ^{MD}	Pire	Aucune différence	Légèrement mieux	Mieux	Beaucoup mieux	=	Total Catégorie déterminée A = B
B.	Capacité finale Totaux de la colonne COSI ^{MD}	Presque jamais	Parfois	La moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours	=	

D. Évaluation des obstacles au port de prothèses auditives

L'un des obstacles suivants est-il présent?

Physique Psychologique Éducation

Veuillez expliquer les obstacles et la stratégie de traitement.

Signature du professionnel de la santé ou du fournisseur de services

Date jj mm aa