

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 l'on prévoit un retour au travail, 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)						N° de fournisseur à la CSPAAT				
Établissement						Votre numéro de facture				
Adresse (n°, rue, app.)										
Ville										
Prov.	Code postal	Télécopieur (    )			Téléphone (    )			Poste	Code de service <b>NIHL01</b>	

**C. Évaluation audiométrique (inclure l'audiogramme)**

<b>SRP</b>	D	[    ]	dB	G	[    ]	dB	<b>NIC</b>	D	[    ]	dB	G	[    ]	dB	<b>N.C.</b>	D	[    ]	dB	G	[    ]	dB
A-t-on effectué une évaluation de la <b>différence entre l'oreille réelle et le coupleur (DORC)?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non																				
Y a-t-il des « drapeaux rouges »? (voir la liste à la page 2) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non																				
Si oui, veuillez les énumérer en plus des recommandations relatives au traitement.																				

**D. Évaluation des besoins en matière de réadaptation (voir les détails dans la brochure)**

<input type="checkbox"/> Éducation (Précisez)
<input type="checkbox"/> Orientation (Précisez)
<input type="checkbox"/> Autre (Précisez)

Nom de famille	Prénom	N° de dossier (s'il est connu)
----------------	--------	--------------------------------

E. Plan de traitement – prothèse auditive		
Ordonnance requise <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Éducation concernant l'utilisation des prothèses auditives <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Éducation pour gestion des attentes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Orientation en vue de l'utilisation et de l'entretien de la prothèse auditive <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Expliquez		
Signature du professionnel de la santé ou fournisseur de services		Date      jj      mm      aa

- Liste des drapeaux rouges**
- Surdité de perception avec asymétrie supérieure à 10 dB dans les seuils tonals moyens pour la composante neurosensorielle à 1,2 et 4 kHz
  - Lésion récente à l'oreille ou à la tête
  - Faiblesse récente au visage
  - Drainage d'oreille au cours des 90 derniers jours
  -  tourdissements ou vertige récents
  - Douleur ou malaise dans l'oreille au cours des 30 derniers jours
  - Changement important de l'ouïe au cours des 90 derniers jours (>10 dB ou changement de 12 % de l'intelligibilité)
  -  cart aérien osseux audiométrique égal ou supérieur à 15 dB à 500 Hz, 1 000 Hz et 2 000 Hz
  - Déformation visible de l'oreille (y compris la perforation de la membrane tympanique)
  - Exagération de perte auditive soupçonnée
  - C rumen (cire) excessif ou corps étranger dans le conduit auditif
  - Selon le professionnel de la santé de l'ouïe, le patient devrait consulter un omnipraticien