

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

N° de dossier (s'il est connu)

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 NIHLTPF		
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 ONHST	Montant de TVH facturé . \$
Ville						N° de fournisseur à la CSPAAAT		
Prov.						Code postal		
Télécopieur						Téléphone		
Poste						Votre numéro de facture		

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	=	

CÔTÉ GAUCHE

CÔTÉ DROIT

Fabricant/Modèle	Fabricant/Modèle
Numéro de série	Numéro de série
Style <input type="checkbox"/> intra-auriculaire <input type="checkbox"/> intra-conduit <input type="checkbox"/> intra-profond <input type="checkbox"/> contour d'oreille	Style <input type="checkbox"/> intra-auriculaire <input type="checkbox"/> intra-conduit <input type="checkbox"/> intra-profond <input type="checkbox"/> contour d'oreille
Commentaires :	Commentaires :

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

D. Vérification

La prothèse auditive est appropriée compte tenu de la tolérance limite du patient et du gain requis pour la configuration audiométrique (réponse en fréquence) : oui non

Les mesures de vérification, indiquant la position relative de la commande de volume, des réglages acoustiques et du niveau d'entrée du stimulus sont requis.

Ci-joint Gains d'insertion Évaluation du champ sonore Autre _____

A-t-on discuté avec le patient de l'entretien des prothèses auditives et de ses attentes concernant celles-ci? oui non

E. Signature du professionnel de la santé ou fournisseur de services

Je, _____, fournisseur de services, estime que cette prothèse auditive est subjectivement appropriée. (en caractères d'imprimerie)

Signature du professionnel de la santé ou du fournisseur de services	Date jj mm aa
--	------------------------

F. Patient - Lire avant de signer

Je reconnais que j'ai jusqu'à 30 jours pour évaluer la(les) prothèse(s) auditive(s). Je crois que ma(mes) prothèse(s) auditive(s) m'est(me sont) bénéfique(s) et j'ai décidé de la(les) garder. Je comprends que ma(mes) prothèse(s) auditive(s) sera(seront) remplacée(s) seulement si cela est nécessaire (p. ex., changement de mon état auditif qui dépasse la tolérance de cette prothèse auditive). Si j'éprouve de la difficulté avec ma(mes) prothèse(s) auditive(s), je retournerai rapidement consulter le fournisseur de services.

Signature du patient de la CSPAAAT	Date jj mm aa
------------------------------------	------------------------