

Visitez [wsib.ca/fr/soumettre](http://wsib.ca/fr/soumettre) pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

Nom du patient	Date de la consultation (jj/mmm/aaaa)
----------------	--

Plaintes :				
Perte d'audition	Étourdissement	Perte d'équilibre	Acouphènes	
Durée	Constant	De façon intermittente	Troubles du sommeil	

Exposition au bruit en milieu de travail
--

Type de travail
-----------------

Protecteurs auditifs	Nombre d'années d'exposition
----------------------	------------------------------

Loisirs ou activités bruyantes (p. ex. chasse, motoneige)
---

Armes à feu : type	nombre d'années	épaulement	nombre de coups par année
--------------------	-----------------	------------	---------------------------

Médicaments ototoxiques : (énumérez)
--------------------------------------

Traumatismes crâniens
Antécédents familiaux
Allergies
Intervention chirurgicale dans l'oreille

Examen :	Oui	Non
• conduits auditifs externes	normal	
• membranes du tympan	normal	
• caisse du tympan	normal	
• audiogramme (lecture à 500,1000, 2000, 3000 Hz)	ci-joint	
• évaluations précédentes	ci-jointes	
• audiogrammes précédents	ci-joint	

Diagnostic ou constatations
-----------------------------

Autres troubles ou examens
----------------------------

Facturation des professionnels de la santé				
--	--	--	--	--

Nom du professionnel de la santé	N° de carte Santé	Code	Code de service <b>M647</b>	
Adresse	Ville	Province	N° de fournisseur de la CSPAAAT	Votre numéro de facture
Signature du professionnel de la santé	Télécopieur		N° d'inscription à la TVH	
Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.			Montant de TVH facturé	

CODE D'HONORAIRES M650 pour l'inclusion des copies des rapports de consultation ou audiogrammes précédents

Envoyez un courriel à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca) si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.