

Le présent formulaire doit être soumis lorsqu'une patiente ou un patient s'est vu approuver le remplacement de prothèses auditives en raison d'une **nouvelle ordonnance** après avoir terminé sa première année de services auditifs groupés (forfait initial).

Le prestataire de soins de santé auditive doit remplir ce formulaire avec sa patiente ou son patient à la fin de la période d'essai (dans un délai de 30 à 90 jours), après son choix final de prothèse auditive. La patiente ou le patient doit le signer en personne.

Pour soumettre le formulaire dûment rempli et les documents à l'appui, veuillez ouvrir une session sur wsib.ca/fr/soumettre.

Pour en savoir plus sur le Programme de services auditifs, visitez wsib.ca/fr/programmeservicesauditifs.

Remarque : Nous devons approuver le remplacement au préalable avant que vous ne soumettiez ce formulaire. Concernant l'approbation préalable, suivez les [lignes directrices sur le remplacement de prothèses auditives](#) et les [lignes directrices sur les exceptions cliniques](#) figurant sur notre site Web.

Concernant le remplacement d'un appareil auditif perdu, volé ou endommagé, remplissez le *Formulaire de demande de remplacement de prothèse auditive et(ou) d'exception clinique*.

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

A. Renseignements sur la patiente ou le patient			
Nom de famille	Prénom	Initiale	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)
Patient(e) à la retraite Patient(e) travaillant	Titre du poste (si la patiente ou le patient travaille)		

B. Renseignements sur le prestataire de soins de santé				
Audiologiste		Audioprothésiste		
Numéro d'inscription/de permis (Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario/Association of Hearing Instrument Practitioners of Ontario)				
Nom du prestataire de soins de santé			Nom de la clinique	
Adresse de la clinique (numéro, rue, appartement)				
Ville	Province	Code postal	Téléphone	Numéro de prestataire de la WSIB

C. Rapport des résultats (à remplir en cas de nouvelle ordonnance de prothèses auditives de remplacement après la première année)	
Date du service	Date de la délivrance/de l'ajustement

D. Validation et questionnaire sur les résultats des prothèses auditives (au moins 30 jours et au maximum 90 jours après l'ajustement)		
--	--	--

Rempli par la patiente ou le patient? Oui (consultez les détails ci-dessous) Non (veuillez fournir une explication)

La patiente ou le patient doit remplir ce questionnaire sur les résultats des prothèses auditives au moins 30 jours et au maximum 90 jours après l'ajustement.

Les énoncés suivants visent à décrire votre capacité à utiliser les prothèses auditives. Échelle : 5 (fortement d'accord), 4 (d'accord), 3 (indécis[e]), 2 (en désaccord), 1 (fortement en désaccord) ou s.o.	Note
1. Je peux insérer les piles dans mes prothèses auditives.	
2. Je peux distinguer la prothèse auditive droite de celle de gauche.	
3. Je peux insérer mes prothèses auditives dans mes oreilles.	
4. Je peux faire fonctionner toutes les commandes de mes prothèses auditives (boutons, interrupteurs).	
5. Je peux utiliser la télécommande ou les autres accessoires de mes prothèses auditives.	
6. Je peux nettoyer et entretenir mes prothèses auditives.	
7. Je m'habitue à la qualité sonore de mes prothèses auditives.	
8. Je m'habitue à la sensation produite par mes prothèses auditives dans mes oreilles.	
9. Je m'habitue au son de ma voix lorsque je porte mes prothèses auditives.	
10. Je peux comprendre une conversation dans un endroit calme lorsque je porte mes prothèses auditives.	
11. Je peux comprendre une conversation dans un endroit bruyant lorsque je porte mes prothèses auditives.	
12. Je peux entendre la télévision lorsque je porte mes prothèses auditives.	

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

D. Validation et questionnaire sur les résultats des prothèses auditives (au moins 30 jours et au maximum 90 jours après l'ajustement) (suite)

13. Je peux comprendre une conversation téléphonique lorsque je porte mes prothèses auditives.	
14. Dans l'ensemble, mes prothèses auditives me satisfont.	
15. Aimerez-vous décrire une autre situation reliée à l'utilisation de vos prothèses auditives? (veuillez la décrire)	

E. Choix d'appareil auditif

Remarque importante : Veuillez soumettre la facture du fabricant pour les nouvelles prothèses auditives, si vous ne l'avez pas déjà fait.

Fabricant	Modèle	Type	Numéro de série
Date de délivrance des prothèses auditives finales choisies (jj/mmm/aaaa)		Oreille droite Oreille gauche	Deux oreilles

F. Signature du prestataire de soins de santé auditive

Nom	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)
-----	-----------	--------------------

G. Déclaration et signature de la patiente ou du patient

J'ai bénéficié de tous les services susmentionnés, à mon entière satisfaction.

Nom	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)
-----	-----------	--------------------