

**IMPORTANT : Sauvegardez le formulaire à votre ordinateur ou unité de réseau AVANT de commencer à le remplir, sinon les données pourraient être perdues. Si vous ouvrez le formulaire au moyen d'un navigateur, nous vous recommandons d'utiliser Internet Explorer ou Edge.**

N° de réclamation	N° d'assurance-maladie
-------------------	------------------------

## Renseignements sur le travailleur

Nom de famille du travailleur	Prénom	Initiales
Date de naissance		

## Renseignements sur le fournisseur de soins de santé

Nom du fournisseur	Code du bénéficiaire	
Rempli par	Date de déclaration	N° de téléphone

## Audiométrie vocale

	Droite				Gauche			
Otoscopie								
SI	dB	SN G	dB	dB	SN D	dB		
NRM avec voix enregistrée	à	%	SN G	dB	à	%	SN D	dB
MCL								
UCL								

## Fonction du système de l'oreille moyenne

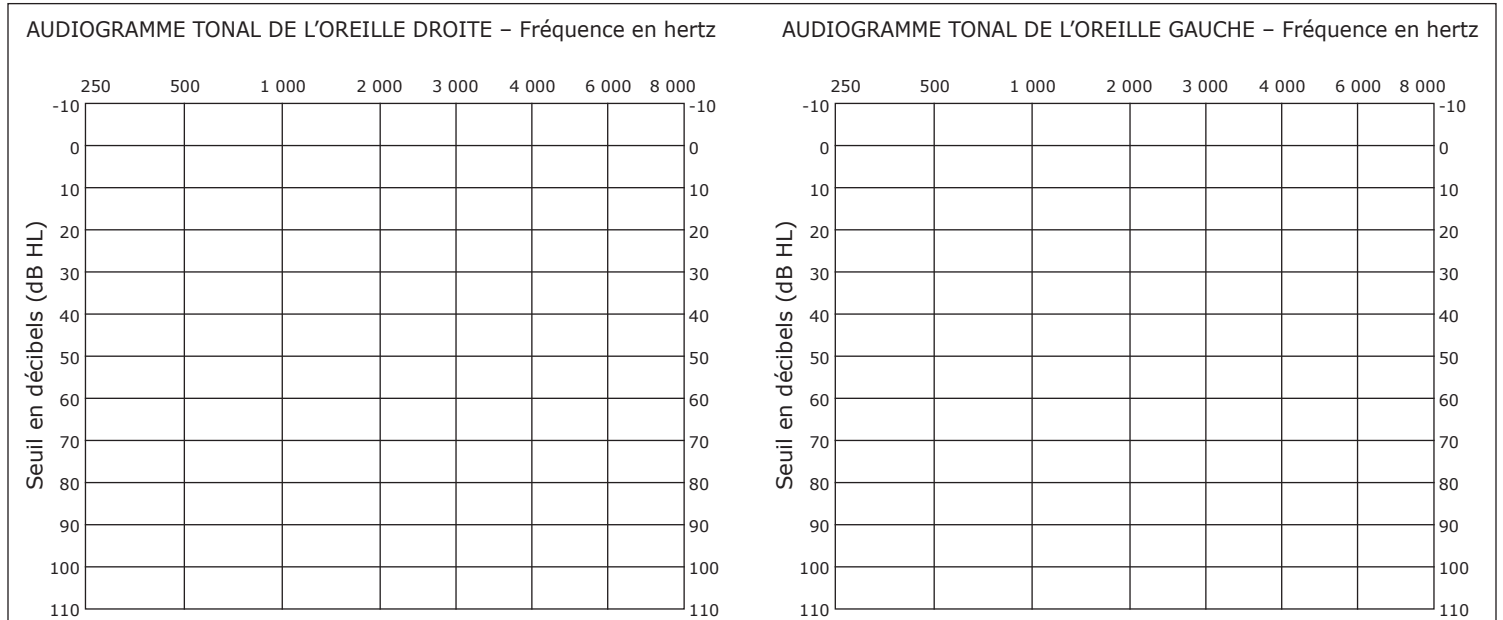
### Réflexes acoustiques

Seuil de réflexe controlatéral	Stimulus oreille	NSA				Casque audio
		500	1 000	2 000	4 000	
Seuil de réflexe ipsilatéral	OD					<input type="checkbox"/> Supra-aural <input type="checkbox"/> Intégré  Fiabilité <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Passable <input type="checkbox"/> Mauvaise
	OG					
	OD					
	OG					

### Tympanogramme

	POM	daPa	VCA	mL	CS	mL
OD						
OG						

## Audiogramme



Lorsque vous indiquez les seuils, veuillez préciser les seuils de conduction aérienne si la perte est sensorineurale, et préciser les seuils d'audition par voie osseuse, en plus, uniquement si la perte est conductive ou mixte.

### Légende des symboles audiométriques

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>0 = conduction aérienne non masquée oreille droite</li> <li>X = conduction aérienne non masquée oreille gauche</li> <li>Δ = conduction aérienne masquée oreille droite</li> <li>□ = conduction aérienne masquée oreille gauche</li> <li>&lt; = conduction osseuse non masquée oreille droite</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; = conduction osseuse non masquée oreille gauche</li> <li>[ = conduction osseuse masquée oreille droite</li> <li>] = conduction osseuse masquée oreille gauche</li> <li>C = réflexe controlatéral</li> <li>I = réflexe ipsilatéral</li> </ul> |
|--|--|

## Évaluation audiolologique

<p><b>Audiométrie</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non SI par rapport à MSP (500, 1 000, 2 000, OU 500, 1 000 MOY.) ± 7 à 10 dB</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non La tympanométrie confirme la nature de la perte d'audition.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Réflexes acoustiques comme prévus pour la nature et le degré de perte d'audition</p> <p>En cas de réponse NON à l'un des éléments ci-dessus, donner des détails :</p> <div style="background-color: #cccccc; height: 100px; width: 100%;"></div>	<p><b>Test des comportements</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Schémas de réponse atypiques</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Incohérence des tests</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Schémas ou réponses d'audiométrie vocale inhabituels</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Écart entre les antécédents, les seuils ou les comportements à l'extérieur de la cabine d'essai</p> <p>En cas de réponse OUI à l'un des éléments ci-dessus, donner des détails :</p> <div style="background-color: #cccccc; height: 100px; width: 100%;"></div>
--	--

Confirmer que le travailleur n'a pas été prétendument exposé à des sons dangereux pendant 16 heures immédiatement avant l'évaluation  Oui  Non

## Résultats

<b>Degré de la perte d'audition</b> <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Normale (0 à 15 dB HL) <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Minimale (16 à 25 dB HL) <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Légère (26 à 40 dB HL) <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Moyenne (41 à 55 dB HL) <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Moyenne à grave (56 à 70 dB HL) <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Grave (71 à 90 dB HL) <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Profonde (plus de 91 dB HL)	<b>Type de perte d'audition</b> <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Hautes fréquences <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Basses fréquences <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Conductive <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Sensorineurale <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Mixte	<b>Fonction du système de l'oreille moyenne</b> <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Tympanogramme normal <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Pression négative dans l'oreille moyenne <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Tympanogramme – ligne plate / courbe ronde <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Conformité élevée <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Conformité faible <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Réflexes acoustiques absents / élevés <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OG Volume physique important
---	--	---

## Renseignements médicaux

Autres antécédents pertinents signalés (si oui, donner des détails)	Oui	Non	Droite	Gauche	Précisions
Acouphène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Étourdissement / Perte d'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Engourdissements du visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blessure à la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perte d'audition familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie chronique (diabète, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie de Ménière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie de l'oreille ou opération des oreilles / crânienne (otalgie, otorrhée, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Exposition au bruit, déclenchement et évolution

	Oui	Non	Je ne sais pas
Des audiogrammes précoces ou des consultations en oto-rhino-laryngologie sont-ils disponibles à des fins d'examen? Si oui, veuillez les soumettre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'apparition et l'évolution de la perte d'audition se sont-elles produites dans les 10 à 15 premières années de l'exposition au bruit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La perte d'audition s'est-elle produite initialement sous la forme d'une « encoche » dans la région 3 000 à 6 000 Hz avec un meilleur seuil à la fréquence supérieure suivante, d'au moins 15 dB?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La perte d'audition s'est-elle produite de manière symétrique (différence < 15 dB)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la réponse est NON pour l'un des éléments ci-dessus, veuillez expliquer :			
Y a-t-il eu une exposition au bruit à l'extérieur du travail? Si oui, veuillez donner des détails :			